

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES MODIFICATIONS DE LA PERSONNALITÉ PRODUITES PAR LA DIETHYLAMIDE DE L'ACIDE LYSERGIQUE (LSD 25).

Etude par le test de Rorschach ()*

PAR

J. DELAY, P. PICHOT, B. LAINÉ et J. PERSE

En 1938, A. Stoll et A. Hofmann (8), étudiant aux laboratoires Sandoz, à Bâle, les alcaloïdes de l'ergot, avaient réussi à isoler l'acide d-lysergique. Par analogie avec l'ergobasine, qui est la l-isopropylamide de l'acide lysergique, ils préparèrent par demi-synthèse une série de corps par condensation d'amines secondaires sur l'acide d-lysergique. En fait, ce n'est que cinq ans plus tard qu'on s'aperçut de l'activité psychologique de la diéthylamide. Le 16 avril 1943, en effet, ayant travaillé à la purification du corps, Hofmann se sentit indisposé au cours de l'après-midi et présenta pendant plusieurs heures des hallucinations visuelles. Il pensa à une intoxication accidentelle par le produit qu'il manipulait, bien qu'il fût certain de n'avoir pu en absorber

* Travail du Laboratoire de psychologie. Clinique des maladies mentales, Hôpital Sainte-Anne, Paris (professeur J. Delay).

accidentellement qu'une quantité infime. Le lendemain, il prit 200 gammas de produit *per os*, et présenta des manifestations psychiques très intenses qui durèrent une journée entière. L'expérimentation ultérieure confirma cette première constatation et montra en particulier que la diéthylamide de l'acide d-lysergique, ou corps LSD 25, était de tous les produits d'action analogue celui qui agissait aux doses les plus faibles, puisque les doses actives sont de l'ordre de quelques dizaines de gammas.

A la suite de ces travaux expérimentaux, des recherches cliniques furent entreprises, tout d'abord par W. A. Stoll en 1947, à la clinique psychiatrique de Zurich (professeur M. Bleuler) (9), puis par une série d'auteurs en Suisse, en Allemagne, en Autriche, en Italie, en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis. En 1951, nous avons rapporté (3) nos premières observations cliniques à la Société de biologie.

Un certain nombre de faits ont été établis :

Le LSD 25 est actuellement le produit qui provoque des modifications psychiques aux doses les plus faibles*. Les sujets normaux sont extrêmement réceptifs, les psychotiques le sont très peu ou pas du tout. Une dose de 180 gammas (soit le triple d'une dose déjà très active, *per os*, chez tous les sujets normaux), injectée par voie intraveineuse à un sujet en état de stupeur catatonique, par Mayer-Gross, n'a produit aucun effet. Nous avons constaté, chez quelques psychotiques, de faibles modifications de l'affectivité, allant généralement dans le sens d'une accentuation des tendances antérieures du sujet (accentuation de la dépression chez les déprimés, de l'euphorie chez les maniaques).

Le LSD provoque chez le chat, en particulier à forte dose, un syndrome moteur identique à la catatonie bulbo-capnique. Chez le schizophrène, à doses relativement énormes (500 gammas), il provoque un état catatonique.

Les troubles mentaux provoqués par LSD 25 sont d'une importance théorique considérable. Ils réalisent une psychose expérimentale, dont la nature est discutée. Pour Stoll et pour Blickenstorfer, il s'agit d'un type de réaction exogène aigu, pour Fischer, Georgi et Weber (5) d'une psychose schizophrénique, rappelant

* D'après Blickenstorfer (2), les doses minima actives des produits à action psychologique sont (en gammas) :

LSD 25	10
méthamphétamine	1.500
mescaline	10.000
cocaïne (sous-cutanée)	80.000
acide glutamique	10 000.000

plus l'hébéphrénie, alors que la psychose mescalinique se rapprocherait davantage de la catatonie.

Blickenstorfer a montré que dans les psychoses exogènes (toxiques infectieuses et traumatiques), la désintégration cellulaire produisait des corps intermédiaires, en particulier du triptophane, dont la formule chimique est proche de celle du LSD, d'où l'hypothèse du rôle d'une substance analogue au LSD dans l'étiologie de certaines psychoses.

Le mécanisme d'action du LSD 25 sur le cerveau est mal connu. Mayer-Gross et ses collaborateurs ont montré qu'il stimulait *in vitro* la respiration du tissu cérébral, avait la propriété de diminuer la consommation par le cerveau de monophosphate d'hexose, fait confirmé *in vivo* par l'augmentation du taux sanguin de ce produit dans l'intoxication par le LSD.

Malgré ces recherches, il n'en reste pas moins que l'action psychologique sur le sujet normal est mal élucidée. Dès les premiers travaux, on a été frappé du fait que les sujets ne réagissaient pas du tout de façon univoque, et que les modes de réponse paraissaient dépendre en partie de la personnalité antérieure. Le test de Rorschach paraissait, dans ces conditions, une technique favorable à l'étude de cette action.

Le premier, en 1951, G. Benedetti (1) rapporta l'observation d'un sujet hystérique et alcoolique ayant présenté, sous l'influence de l'alcool, des phénomènes hallucinosiques de structure identique à ceux que déclenchaient d'autre part des traumatismes psychiques. Une administration de LSD 25 produisit également une hallucinose, mais qui constitua une véritable catharsis thérapeutique. L'auteur donne, *in extenso*, les protocoles de deux applications du test de Rorschach, l'une avant prise du LSD, l'autre immédiatement après. Ce travail est pour notre but d'un intérêt limité, car aucun des examens n'a été fait pendant l'action du LSD. Les différences considérables observées (« un nouvel homme apparaît », écrit l'auteur), reflètent l'action thérapeutique de « l'hallucinose au LSD », beaucoup plus que son influence immédiate sur le psychisme.

Par contre, en 1952, C. Savage (7) administra le produit d'une part à quinze sujets atteints de réactions dépressives graves (dont deux mélancolies d'involution et quatre schizophrénies avec syndrome dépressif) et à cinq sujets normaux. Il appliqua pendant l'intoxication le test de Rorschach et conclut : « En contraste avec la richesse des explorations psychologiques possibles à partir des thèmes hallucinatoires, l'emploi de techniques

« projectives pendant l'intoxication par le LSD fut moins révé-
 « lateur que pendant l'état normal. Tous les malades et tous les
 « sujets de contrôle, sauf deux, montrèrent une constriction
 « marquée dans le test de Rorschach. On put en conclure que le
 « malade cherchait à compenser les effets du LSD par un plus
 « grand effort de contrôle. » Toutes différentes sont les conclu-
 sions de Jackson Deshon, Rinkel et Solomon (4) la même année.
 Le test de Rorschach fut appliqué à cinq sujets normaux, au
 maximum de l'intoxication. Quatre d'entre eux eurent un re-test
 à l'état normal. Les résultats sont décrits par les auteurs de la
 façon suivante : « Trois sujets donnèrent des tableaux schizo-
 « phréniques ; un fortement schizophrénique avec pensée autis-
 « tique, baisse de l'organisation, baisse de l'inhibition des émo-
 « tions (anxiété, dépression et agression), réponses contaminées
 « et manque de pensée logique ; un modérément schizophrénique
 « avec pensée autistique et repliement. Un quatrième protocole
 « était manifestement paranoïaque ("paranoïd"), avec méfiance
 « et constriction des productions. Le cinquième était un proto-
 « cole limite qui ne pouvait être considéré comme caractéris-
 « tique d'aucun syndrome psychiatrique. »

Alors que les auteurs précédents ont interprété les modifica-
 tions observées comme d'allure schizophrénique, Gastaut et ses
 collaborateurs (6), en 1953, pensent que : « Les effets psychi-
 « ques, également peu différents de ceux observés par nombre
 « d'auteurs, n'ont pas évoqué pour nous les caractères du syn-
 « drome schizophrénique. Bien au contraire, s'il fallait établir
 « une comparaison avec un état psychopathique, elle devrait être
 « faite avec le comportement maniaco-dépressif, et accessoire-
 « ment avec le tempérament anxieux. » Le test de Rorschach a
 été appliqué à 9 sujets, avec re-test par le Behn Rorschach. Seules
 sont indiquées les modifications de la proportion de réponses
 globales (en moyenne baisse de 18 %) et des réponses Dd (en
 moyenne augmentation de 22 %). Les deux observations sont
 interprétées comme le témoin « d'une diminution légère mais
 certaine de la capacité d'abstraction et de synthèse, c'est-à-dire
 de l'activité intellectuelle de niveau supérieur ». L'augmentation
 des Dd et la baisse des G « ne dépendent pas de facteurs affec-
 tifs, puisqu'elles s'observent chez les sujets euphoriques aussi
 bien que chez les mélancoliques et les apathiques ». Tous les
 résultats dépendraient, en dernière analyse, d'une « exagération
 des fonctions psychiques »..., « car un sujet qui réagit exagéré-
 ment à la moindre sollicitation perd l'efficacité de son action du

fait de la dispersion de son attention, de la diminution de ses facultés d'abstraction et du dérèglement de son affection ».

La plus récente étude, parue en 1953, est due à W. A. Stoll (10), qui, sous la direction de Bleuler, a examiné 11 sujets apparemment normaux (test et re-test). Ce travail est le plus complet et le plus approfondi sur le problème. En ce qui concerne les résultats quantitatifs, et bien qu'il insiste, en raison du petit nombre de cas, sur la valeur faible de conclusions statistiques, l'auteur estime pouvoir retenir comme très générales les conclusions suivantes.

1. Nombre de réponses : tendance à l'augmentation.
2. G : Tendance à l'augmentation, probablement en corrélation avec l'augmentation du nombre de réponses.
3. F + % : Tendance constante à l'abaissement.
4. K : Tendance à l'augmentation.
5. C : Tendance à l'augmentation.
6. FE : Tendance à l'augmentation, probablement corrélée avec l'augmentation du nombre de réponses.
7. Clob : Tendance à l'augmentation.
8. O % : Tendance à l'augmentation, mais due essentiellement aux O —.

L'examen de la structure générale amène Stoll à considérer comme particularités des protocoles obtenus sous l'influence du LSD les signes suivants.

Baisse de la conscience qu'a le sujet des interprétations qu'il donne.

Appauvrissement des idées malgré l'augmentation du nombre de réponses. Cet appauvrissement est démontré soit par l'augmentation du A %, soit lorsque celui-ci est inchangé ou abaissé par l'augmentation des réponses anatomiques. Il faut cependant signaler que seulement 6 sur les 11 sujets présentent l'un ou l'autre de ces signes.

Allongement du temps de réaction plus fréquemment que raccourcissement.

Abaissement du F + %.

Fréquence des tendances persévératrices.

Apparition de tendances confabulatoires, au sens d'interprétations enjolivées de F (C), de scènes, etc...

Augmentation fréquente des Dd (accompagnant une augmentation des G).

Augmentation des K et des C avec dilatation du type de résonance intime (parfois rétrécissement).

Tendances à des phénomènes de *schock*, mais relative rareté des refus de planches.

Apparition éventuelle d'interprétations influencées par les hallucinations.

Net relâchement de la succession.

Fréquence dans certains cas de réponses abstraites, symboliques, de modifications rapides de la qualité de la forme, de réponses ambivalentes.

Stoll note que parler d'un syndrome Rorschach d'intoxication au LSD est une abstraction, car il y a de nombreuses exceptions aux caractères généraux qu'il a dégagés et qui sont des tendances moyennes.

Les modifications observées peuvent, selon lui, se grouper autour des deux pôles suivants.

1° Syndrome psycho-organique (baisse de la conscience des interprétations, appauvrissement des idées, allongement du temps de réaction, tendance persévératrice, tendance confabulatoire. Augmentation des Dd, labilité affective, troubles de l'expression verbale).

2° Eléments schizophréniformes (succession relâchée, baisse du F + %, variations brusques de la qualité des F, augmentation des O —, réponses abstraites, symboliques, ambivalence, indications de dépersonnalisation et influences hallucinatoires). Toutefois Stoll souligne qu'il ne s'agit pas d'un syndrome schizophrénique vrai, au sens où se placent Rinkel et ses collaborateurs. Il n'y a pas de contaminations, pas d'augmentation du négativisme. Le terme de schizophrénie expérimentale employé par certains lui paraît donc tout à fait impropre. En réalité, pour Stoll, cette combinaison de signes organiques et schizophréniformes est absolument typique de ce que l'on observe dans les « réactions exogènes aiguës » (*der akute exogene Reaktionstyp*). Il rappelle qu'un même tableau non spécifique peut être rencontré dans les protocoles de sujets sous l'influence de l'alcool, et paraît voisin de celui décrit par Guttman dans l'intoxication mescalinique.

OBSERVATION PERSONNELLE. — L'auto-observation suivante a été réalisée au cours d'une expérience chez un sujet normal avec prise de 80 gammas de LSD. Le test de Rorschach a été appliqué une fois une semaine avant la prise du médicament, et une fois au maximum de l'intoxication. Le récit du sujet est le suivant :

« L'ingestion eut lieu à 8 h. 30. Au bout d'une demi-heure, salivation, amertume dans la bouche. Début des bourdonnements d'oreille, sensation de bouillonnement interne, de vibration prédominant au niveau de la tête ; tremblement des mains au repos ; paresthésies multiples, sensation de chaleur, de gonflement, de fourmillement au niveau des membres ; névralgies fugaces et assez vives dans la tête.

L'attention devient difficile à fixer ; c'est ainsi que je n'arrive pas à compter mon pouls, ne pouvant associer cet effort à celui de poursuivre l'aiguille des secondes sur ma montre. La vision est un peu troublée avec lachrymation.

À la quarantième minute un sentiment d'engourdissement se développe très vite ; je ressens dans tout le corps et spécialement la tête ce que l'on éprouve en maintenant longtemps une compression par garrot. Cet état s'accroît extrêmement rapidement et pendant un quart d'heure j'ai l'impression d'une perte de connaissance imminente, impression identique à celle que l'on ressent au cours d'une anesthésie à l'éther au moment où l'on essaie pour la dernière fois de garder le contact avec le monde extérieur. Je reste dans mon fauteuil, incapable de bouger, anxieux à l'idée de perdre mon contrôle, mais tout disparaît rapidement, laissant place aux illusions visuelles et à des troubles cénesthésiques moins accentués permettant une auto-observation.

Les illusions visuelles vont exister pendant une heure environ. Sur les pages d'un livre apparaissent des figures géométriques mouvantes, se succédant et s'enchevêtrant comme dans un kaléidoscope. Mon stylo est entouré d'un vif halo lumineux ainsi que chaque lettre que je place sur le papier blanc.

Les objets à la périphérie du champ visuel sont mobiles, ondulants ; l'armoire se déplace, se contorsionne ; les angles de la pièce s'incurvent, le plancher bascule, les rideaux, les draps du lit d'examen paraissent soulevés comme par un coup de vent.

Sur le bois de l'armoire, sur le dossier de la chaise, je vois des figures très nettes se succéder en noir et blanc ; au passage je reconnais parfaitement Victor Hugo, Aristide Briand, Verlaine, tels que les représentent des portraits que je connais. J'assiste, amusé et passif, à ce défilé inattendu.

Les visages de mes collègues présents sont déformés, allongés et d'une teinte rose vif ; l'un d'eux lève le bras et la manche de sa blouse m'apparaît rouge. Ce furent les seuls éléments colorés parmi les illusions visuelles. Ces illusions sont favorisées par l'obscurité. Seul par le carreau de la porte me parvient le faible éclairage de la lampe du couloir. L'incessante ondulation des murs ; des meubles, d'une feuille de papier sur mes genoux s'accroît. J'ai l'impression à ma gauche du scintillement éclatant d'une roue de feu d'artifice ; c'est la lampe, et l'illusion disparaît quand je la fixe.

Ces perturbations visuelles, qui disparaissent avec un effort soutenu d'attention, augmentent également quand je rends ma vision im-

précise, quand je retire mes lunettes. Par ailleurs, cet effort d'attention est extrêmement difficile ; essayant de prendre des notes, j'ai la tête étendue sur le bureau à côté de mon papier et je griffonne péniblement quelques lettres, m'amusant de les voir lumineuses.

La disparition des hallucinations me laisse la possibilité de mieux observer les effets psychiques de l'intoxication qui, commençant une demi-heure après l'ingestion, vont se prolonger plusieurs heures.

Un médecin vient me parler d'une malade. Assis, je le vois plutôt que je ne le regarde, je l'entends mais je ne l'écoute pas. Je sais qu'il dit des mots, mais ce ne sont que des mots dont je n'éprouve aucun besoin de saisir l'enchaînement et la signification. Mon regard le dépasse, le traverse, mais ce regard se retourne aussi vers moi et je me sais aussi immobile, un vague scurire reflétant ma conscience de la situation. Je me dis : « Vous ne pouvez pas comprendre l'inexistence du dialogue » et je m'en amuse. Je ne garde aucun souvenir de son exposé, car je n'y ai prêté aucune attention, je ne l'ai pas écouté ; l'attention n'était pas ailleurs, elle n'était nulle part. Mais quand il s'arrête, je me réveille et nous pouvons échanger quelques paroles sans aucune difficulté.

La surveillante me parle d'une malade dont je connais parfaitement les aventures. L'histoire qu'elle me raconte à son sujet m'amuse, mais quand je veux préciser certaines données, je m'embrouille dans les mots et je m'arrête de parler. Tantôt je dois faire un effort pour retrouver un nom, un événement et même la suite de la phrase que j'ai commencée, tantôt je m'aperçois que je me suis interrompu dans une phrase et c'est seulement l'intervention de l'interlocuteur qui me rappelle que j'étais en train de parler..., mais de quoi ? Cette difficulté s'accompagne de troubles de la parole : achoppement, bredouillage, difficulté d'articulation, emploi d'un mot pour un autre.

J'essaie de travailler. J'ai à faire un certificat de sortie. Je me sens dans la situation de celui qui, dans une baraque de foire, doit tirer sur des cibles se déroulant régulièrement devant lui. Chaque mot, tant au point de vue graphique qu'au point de vue conceptuel, doit être suivi de l'autre ; sinon j'ai perdu le fil et dois recommencer dès le début. La difficulté de la synthèse mentale est telle que je reste un quart d'heure pour écrire une ligne. Je m'aperçois soudain que je suis resté certainement deux minutes figé dans la même attitude, la main légèrement levée avant d'écrire. Soudain je regarde cette main et je me rends compte : un degré de plus et j'aurai pu considérer cette main comme étrangère ; en tout cas je me plaisais à me dire : cette main, en fait, ne t'obéit plus ; c'est un objet à toi. Mais tout événement extérieur semblait rétablir le contact. Je crois que j'arriverais à garder ce contact avec l'extérieur (et, par moments, dans leur immobilité, mes membres sont à l'extérieur) si sans cesse on me parlait.

Je n'éprouve plus la sensation de l'unité du corps : certains membres me semblent insensibles, d'autres lourds, non mobilisables. Je les envi-

sage de l'extérieur et, si je n'avais une telle indifférence à l'acte, une telle tendance à la persévération, je les frapperais ou je les déplacerais d'une main.

Accoudé, la tête reposant sur ma main gauche, je considère cette main comme un objet, un appui particulièrement bien adapté ; j'en dessine mentalement les contours et j'éprouve le besoin de les confirmer en mobilisant lentement ma tête.

Je garde des positions inconfortables, une jambe appuyée fortement sur le rebord du bureau de façon à la longue douloureuse. Je ne change pas *cette* position, d'une part en raison de la difficulté de passer de l'idée à la réalisation de l'acte, d'autre part parce que cette jambe me semble un objet extérieur sur lequel j'observe avec un intérêt souriant des sensations que je ressens mais qui ne viennent pas de moi : comme s'il y avait solution de continuité dans mon corps, comme si cette jambe ne m'était rattachée que par des fils électriques.

Ces sensations d'engourdissement, de lourdeur, de perte des membres serait plus accentuée si, de façon mobile, ne survenaient des paresthésies, des névralgies fugaces. Dans un geste banal, automatique, déplaçant un cendrier de la gauche vers la droite, sans suivre des yeux ce cendrier, je vois une main poser un cendrier à ma droite et je regarde à qui est cette main qui vient d'apparaître. La conservation de l'attitude est bien nette. C... vient me voir ; nous discutons de façon correcte. Je lui fais remarquer à son départ (car cet événement en fait me réveille) que j'ai gardé la même attitude pendant toute la conversation : debout, la tête penchée, le bras fléchi contre le corps et en pronation.

Dès que je suis seul je redeviens inerte physiquement et mentalement. Si j'essaie de lire je comprends des moitiés de phrase et après deux lignes je dois recommencer ; en réalité je ne recommence pas et je tourne les pages du livre avec indifférence ; le geste continue mais je ne vois plus le livre.

Je fais un essai de conduite automobile dans l'enceinte de l'hôpital. Je sens de façon certaine ce qui se passerait si je voulais rentrer chez moi. Les automatismes de conduite fonctionnent bien mais je me vois arrêté à un barrage et ne repartant pas quand le feu redeviendrait vert. Il est hors de doute que, sans incitation extérieure, j'aime mieux conserver la position actuelle.

Cet état se prolonge en diminuant progressivement, jusque vers 16 heures. Dans la soirée je note une grande nervosité. Au repas je mange avec fébrilité, très vite, comme si je ne devais pas m'arrêter. Je trouve un plat fade ; je voyais le poivrier, je me disais qu'il fallait mettre du poivre, et j'ai achevé le plat sans en mettre.

La lecture est plus facile ; cependant je tourne les pages du journal ayant débuté de nombreux articles sans en finir aucun.

Persistance pendant deux jours de paresthésies, de sueurs subites et fugaces, de névralgies, de sensations de prurit au niveau des mem-

bres supérieurs ; douleurs articulaires pendant cinq jours prédominant aux articulations métacarpo-phalangiennes.

Persistance également pendant deux jours de troubles de l'attention et de la mémoire. »

Il est intéressant de mettre en parallèle à cette auto-observation les résultats obtenus par le test de Rorschach. Le tableau suivant donne les résultats du sujet avant et sous LSD.

La comparaison des deux protocoles* permet de dégager les points suivants.

1. La productivité est plus libre et plus efficiente (augmentation du nombre de réponses et des K).

2. Le contrôle de la pensée est moins rigide ($F + \%$ passe de 94 à 83 ; la succession est moins ordonnée).

3. Quelques manifestations d'opposition apparaissent (3 Dbl).

4. La pensée est moins stéréotypée ($A \%$ passe de 39 à 30) au profit d'un plus grand intérêt pour ce qui est humain ($H \%$ passe de 21 à 30).

5. Pas de changement significatif dans le type d'appréhension.

6. Le type de résonance intime demeure introversif, mais il est plus dilaté : le nombre des K passe de 7 à 12 ; le pourcentage de réponses dans les planches colorées augmente sans augmentation du nombre de réponses couleur.

7. La formule secondaire devient également plus introversive : les capacités kinesthésiques mineures s'affirment plus franchement (2 kan au lieu d'une ; 1 kp), tandis que la tendance au refoulement affectif anxieux a presque disparu (ΣE passe de 2 à 0,5).

L'aspect général des deux protocoles est très semblable, mais tous les traits de personnalité présents dans le protocole normal se retrouvent accrus et amplifiés dans le protocole sous LSD, de telle sorte que celui-ci se présente comme une image accentuée de la personnalité du sujet. Tout se passe comme si l'action pharmacodynamique avait libéré le sujet de quelques entraves et permis à sa personnalité de mieux s'affirmer, tout en laissant intactes la structure mentale et la structure affective.

L'auto-observation que nous avons rapportée concorde avec celles qu'ont publiées différents observateurs. Cliniquement, les

* Nous remercions Mme Canivet, qui a bien voulu établir de son côté la confrontation des deux protocoles, sans être informée au préalable des conditions de l'expérience.

CATÉGORIES	RÉSULTATS		RÉSULTATS		DIFFÉRENCE
	AVANT	L.S.D.	SOUS	L.S.D.	
G	7		8		+ 1
D	24		26		+ 2
Dd	7		11		+ 4
Do	0		0		0
Dbl	0		3		+ 3
R	38		48		+ 10
F +	22		23		+ 1
F ±	1		2		+ 1
F -	1		4		+ 3
K	7		12		+ 5
kp	0		1		+ 1
kan	1		2		+ 1
kob	0		0		0
FE	2		1		- 1
EF	1		0		- 1
E	0		0		0
FC	2		3		+ 1
CF	1		0		- 1
C	0		0		0
A	9		12		+ 3
Ad	6		5		- 1
H	7		16		+ 9
Hd	1		1		0
Objet	7		7		0
Anat.	2		2		0
Bot.	1		1		0
Arch.	1		0		- 1
Paysage	0		1		+ 1
(II)	2		1		- 1
Divers	2		2		0
F + %	94		83		- 11
F %	63		60		- 3
A %	39		30		- 9
H %	21		30		+ 9
Ban	7		8		+ 1
Type d'appréhension	G, D, Dd		G, D, Dd, Dbl		
Type de résonnance intime	7 K/2 C		12 K/1,5 C		
Formule secondaire	1 k/2 E		3 k/0,5 E		
Succession générale	ordonnée		relâchée		

principales modifications observées peuvent être schématisées ainsi.

1. Légère obnubilation de la conscience, mais le sujet reste toujours conscient de son état. La notion de la durée est souvent perturbée.

2. Accélération ou inhibition de l'idéation, avec constamment un affaiblissement des capacités de concentration.

3. Modifications affectives, allant constamment dans le sens d'un renforcement de l'état affectif antérieur.

4. Présence de troubles perceptifs : illusions, avec déformations des objets, hallucinations généralement visuelles, élémentaires ou complexes.

5. Troubles de la cénesthésie allant d'une impression de déformation de certaines parties du corps, à des impressions d'organes déplacés, de non appartenance d'une partie du corps.

6. Chez certains sujets s'y associe un sentiment de dépersonnalisation, d'irréalité et de perte de contrôle du moi, de perte du contact avec le monde, modifications pouvant parfois prendre une allure nettement schizophrénique. Elles ne s'observent que chez les sujets dont l'affectivité réagit dans le sens de l'indifférence et de l'autisme, et non chez ceux dont les réactions sont de type maniaque ou mélancolique.

En somme, les modifications résultent de l'addition de deux syndromes :

a) un syndrome toxique (la réaction exogène aiguë de Stoll) comprenant : l'obnubilation, l'affaiblissement de la concentration, les illusions, les troubles cénesthésiques ;

b) un syndrome d'hypertrophie de la personnalité antérieure comprenant : les modifications affectives, éventuellement le sentiment de dépersonnalisation.

Les modifications que nous avons observées dans nos protocoles peuvent s'interpréter suivant ce schéma. La baisse du F + %, le caractère relâché de la succession peuvent être considérés comme des conséquences de l'état toxique. Il faut pourtant noter qu'il ne s'agit pas là d'un affaiblissement intellectuel. Le sujet présentait avant LSD une certaine rigidité de la pensée, et une tendance au refoulement affectif anxieux qui ont été dissipées par l'intoxication. La baisse de contrôle semble donc avoir un effet favorable, qui est aussi évident dans la diminution de la stéréotypie de la pensée (baisse du A %, augmentation du H %).

Mais d'autre part l'hypertrophie de la personnalité antérieure est évidente. Le sujet qui avait un type de résonance intime intro-

versif 7 K 2 C garde ce même type dans l'intoxication, et l'augmentation porte sur les kinesthésies, et non sur les couleurs : 12 K/1,5 C. De même la tendance introversive s'exagère dans la formule secondaire.

Nos résultats demanderaient à être discutés par rapport à ceux de Stoll. Cet auteur, rappelant nos travaux sur le Rorschach sous choc amphétaminique, de Bleuler et Wertham sur l'effet de la mescaline, reconnaît le fait que le protocole sous LSD « permet de reconnaître la potentialité existant chez les sujets ». Néanmoins, il attire à juste titre l'attention sur le danger qu'il y aurait à conclure sur la seule base du protocole sous LSD à la véritable personnalité du sujet. Il est certain qu'outre l'hypertrophie de la personnalité il existe des éléments toxiques qui viennent perturber le tableau. De ce point de vue le choc amphétaminique paraît préférable aux fins de diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENEDETTI (G.). — Beispiel einer strukturanalytischen und pharmakodynamischen Untersuchung an einem Fall von Alkoholhalluzinose, Charakterneurose und psychoreaktiver Halluzinose. *Z. f. Psychotherap.*, 1, 1950, 177-192.
2. BLICKENSTORFER (E.). — Zum ätiologischen Problem der Psychosen von akuten exogenen Reaktionstypus. *Arch. f. Psychiatr. u. Ztschr. Neurol.*, 188, 1952, 226-236.
3. DELAY (J.) et PICHOT (P.). — Diéthylamide de l'acide d-lysergique et troubles psychiques de l'ergotisme. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 145, 1951, 1609-1610.
4. DE SHON (J.), RINKEL (M.) et SOLOMON (H. C.). — Mental changes experimentally produced by LSD (d-lysergic acid diethylamide tartrate). *Psychiatr. Quart.*, 26, 1952, 33-53.
5. FISCHER (R.), GÉORGI (F.) et WEBER (R.). — Psychophysische Korrelationen. VIII. Modellversuche zum Schizophrenieproblem (Lysergsäurediethylamid und Mezcalin). *Schweiz. med. Wochr.*, 81, 1951, 817-819 et 837-840.
6. GASTAUT (H.), FERRER (S.) et CASTELLS (C.). — Action sur la diéthylamide de l'acide d-lysergique (LSD 25) sur les fonctions psychiques et l'électro-encéphalogramme. *Confinia Neurol.*, 13, 1953, 102-120.
7. SAVAGE (C.). — Lysergic acid diethylamide (LSD 25). A clinical psychological study. *Amer. J. Psychiatr.*, 108, 1952, 896-900.
8. STOLL (A.) et HOFMANN (A.). — Partialsynthese von Alkaloiden vom Typus des Ergobasins. *Helv. Chim. Acta*, 26, 1943, 944-945.
9. STOLL (W. A.). — Lysergsäure-diethylamid, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe. *Schw. Arch. f. Neurol. u. Psychiatr.*, 60, 1947, 279-322.
10. STOLL (W. A.). — Rorschach-Versuche unter Lysergsäure-Diethylamid Wirkung. *Rorschachiana*, 1, 1952, 249-270.

LES PIONNIERS FRANÇAIS DE LA CHIMIE CÉRÉBRALE :

*Les Citoyens A.-F. de FOURCROY (1755-1809)
et L.-N. VAUQUELIN* (1763-1829)*

PAR

M^{lle} C. CHATAGNON et P.-A. CHATAGNON

C'est à la fin du XVIII^e siècle que furent entrepris par Fourcroy et Vauquelin les premiers travaux français sur la chimie cérébrale. Ces travaux ont pris naissance à l'époque même où gronde la Révolution française et où se développe sans bruit une autre Révolution, scientifique celle-là, prometteuse d'éclatantes découvertes.

Jusqu'alors, la chimie à proprement parler n'existait pas. La composition exacte de la matière conservait un caractère mystérieux en raison de la lenteur d'acquisition de nos connaissances en ce domaine. Les écrits de l'antiquité mentionnaient bien des faits concernant la nature des corps, ainsi que des vues hypothétiques sur ces derniers, mais leurs données étaient peu nombreuses et sans systématisation.

Le Moyen Age et la Renaissance virent l'épanouissement de la magie et de l'alchimie, précurseurs lointains de la chimie, puisque ces arts utilisaient des procédés pratiques d'analyse, mais ces procédés étaient jalousement gardés secrets et, lorsqu'ils étaient écrits, ils n'étaient transmis qu'aux initiés. Ajoutons que les idées et les doctrines mystiques étaient le plus souvent étroitement associées aux procédés magiques ou alchimiques, ce qui ne contribuait guère à l'éclaircissement des problèmes. Enfin, les progrès de l'industrie chimique étaient lents. On ne pressentait

* Laboratoire central de biologie de l'Hôpital de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Travail effectué avec l'aide de l'Institut national d'hygiène et de la Caisse nationale de sécurité sociale.

pas alors l'important apport qu'ils allaient fournir bientôt au développement de l'étude des actions moléculaires de la matière.

A l'ère de l'alchimie et des essais d'apothicaires et de médecins s'efforçant de rassembler des matériaux constitués par des descriptions plus ou moins métaphysiques de faits plus ou moins cohérents, auxquels il manquait un fil conducteur pour en faire une science, allait faire place une vraie révolution scientifique. Elle fut annoncée par Stahl et Bergmann, qui déjà rassemblaient en un faisceau cohérent des faits qu'unissait une explication commune : la voie était ouverte. Les sciences physico-chimiques allaient participer aux bouillonnements des idées philosophiques et scientifiques.

C'est la figure attachante et les travaux de deux pionniers français de la chimie cérébrale que nous désirons faire revivre. Ils se nomment les citoyens Fourcroy (1755-1809) et Vauquelin (1763-1829).

Nous rappellerons tout d'abord la vie de Vauquelin, puis celle de Fourcroy, et nous nous efforcerons de montrer ensuite comment est née en France l'étude chimique de la matière cérébrale et insisterons tout spécialement sur le travail fondamental sur le sujet : la Thèse de doctorat en médecine de Vauquelin.

Nous allons vivre avec Vauquelin l'époque révolutionnaire, en même temps que l'existence laborieuse d'un valeureux enfant du peuple, luttant désespérément contre l'adversité avec toute son énergie tenace, toute son intelligence lucide et vive, tout son cœur généreux et bon, toute sa sensibilité, sa fidélité, sa droiture, pour la recherche de la vérité, dans la passion de la science. C'est un bel exemple des vertus des enfants de France.

Nous emprunterons la substance de notre récit aux documents trouvés aux bibliothèques de la Faculté de médecine, du Muséum et de l'Académie des sciences, et en particulier à la notice historique présentée à la séance publique du 21 avril 1830 à la Société de pharmacie, par deux des élèves de Vauquelin : Chevallier et Robiquet.

Louis-Nicolas Vauquelin est normand. Il naquit le 16 mai 1763 à Saint-André-d'Hébertot, village situé à deux lieues de Pont-l'Évêque. Ses parents étaient d'humbles cultivateurs, possédant une petite cour, ce qui veut dire en Normandie une chaumière, entourée de quelques champs. Pour vivre, la famille Vauquelin cultivait, outre ses terres, celles de leurs voisins et notamment celles dépendant du château d'Hébertot, appartenant alors au

petit-fils du chancelier d'Aguesseau. Le père de Nicolas Vauquelin avait la confiance du châtelain qui l'estimait pour sa probité, la conscience qu'il mettait à son travail et à diriger les autres ouvriers. Dès sa plus tendre enfance, Nicolas, avec ses frères dont il était l'aîné, accompagnait son père aux champs et travaillait sous ses ordres, mais il était aussi un excellent élève à l'école du village, surpassant tous ses camarades dans l'étude, et donnant à sa bonne mère qu'il affectionnait particulièrement les plus grandes joies. « Travaille, travaille mon pauvre Colin, tu auras de beaux habits comme ces messieurs du château... » Les beaux habits des messieurs du château étaient, pour la naïve mère, les livrées des serviteurs. Colin apprit si bien que son maître d'école, M. Vatel, homme pourtant sévère et difficile à contenter, se l'adjoignit pour faire la classe. En rentrant de l'école, il aidait ses parents aux travaux des champs. Toutefois, les ressources familiales ne permettaient pas de nourrir les nombreux enfants et Nicolas dut partir pour gagner sa vie. Il était du reste animé du désir de s'instruire, d'acquérir des connaissances plus étendues, qui l'incitèrent à quitter, dès l'âge de 14 ans, le village natal pour Rouen, où il s'engage comme garçon d'officine chez un apothicaire, M. Mézaize, homme dur et soupçonneux, qui le charge des fonctions les plus pénibles. L'esprit curieux de Nicolas prend goût au travail qui s'effectue sous ses yeux, ainsi qu'aux leçons de chimie et de physique que le pharmacien donnait à quelques élèves. Bien souvent, les fatigues qu'il éprouvait en fin de journée ébranlaient sa résolution, mais chaque jour une vérité recueillie à l'audition de la leçon lui redonnait du courage et ranimait ses forces. Il montrait un tel amour de la science, une telle résignation, un désir et un besoin de s'instruire tels, qu'il toucha le cœur des élèves de la pharmacie et que ceux-ci lui prêtèrent leurs livres. Après son travail quotidien épuisant, il trouvait la force, avant de se coucher, de noter sur un cahier ses observations, de relire celles de la veille et de rédiger les leçons écoutées. Mais son patron, furieux de lui voir dépenser l'éclairage de sa chandelle, prétexta le risque d'incendie pour lui interdire tout travail nocturne et déchira le cahier du malheureux petit campagnard qui prétendait s'instruire sans l'autorisation de la communauté des apothicaires, et il lui intima l'ordre, sous peine de renvoi, de ne pas rédiger un autre cahier.

Vauquelin conserva de cette brutale attitude un souvenir ineffaçable. Sa détermination fut rapidement prise : il quitte Rouen, rentre dans son village et exprime à sa famille son désir de partir à Paris. Peu après, il part à pied pour Paris, son petit bagage

sur le dos, renfermant quelques vêtements, et un écu de six livres en poche que lui avait donné Mme d'Aguesseau. Le curé d'Hébertot, ayant de l'argent à adresser au chef de l'Ordre des Prémontrés, en chargea le jeune Nicolas, en lui remettant une lettre de recommandation. Arrivé à Saint-Germain-en-Laye, il fut reçu avec empressement par le prieur et fêté pendant plusieurs jours. Il gagne ensuite Paris et entre chez M. Picard, pharmacien, rue Saint-Honoré, où il travaille durant deux ans, puis chez M. Auprêtre, rue de Seine-Saint-Germain, où il tombe gravement malade ; après quelques mois, son patron, pauvre comme lui, ne pouvant le soigner, Vauquelin est admis à l'Hôtel-Dieu où les pauvres gens qu'on y entassait à cette époque pouvaient s'estimer heureux lorsqu'ils ne couchaient pas plus de deux dans le même lit ou ne se trouvaient pas dans une salle où l'on enchaînait les aliénés. Sorti de cet enfer après deux mois de souffrances, alors qu'il entraît à peine en convalescence, il errait misérablement dans les rues, cherchant un gîte, du pain et du travail. Il est, par bonheur, recueilli par un homme de bien, M. Chéradame, pharmacien, beau-père de M. Laugier, qui le soigne, le prend à son service et l'aidera à s'instruire, ayant reconnu les qualités morales et les vertus de ce jeune adolescent. Deux parentes de M. Chéradame, Mmes Lebailly et Guédon, sœurs de M. de Foureroy, accablées elles-mêmes de malheurs, compatissent au sort douloureux du jeune Vauquelin et lui donnent des soins touchants. C'est ainsi que, par leur intermédiaire, il fit la connaissance de Foureroy. Vauquelin, sa santé à peu près rétablie, tout en vaquant à ses occupations à l'officine, suit les cours publics de chimie, de physique, de botanique ; un des camarades de M. Chéradame, M. Prempain, lui donne des leçons de latin, alors que lui-même apprenait le grec de son camarade Laugier. Le latin était en effet d'un usage courant chez les botanistes et Vauquelin occupait ses loisirs du dimanche à herboriser avec d'autres élèves et se montrait le meilleur de la troupe. Afin d'apprendre cette langue prétendue morte, il déchirait les pages d'un vieux dictionnaire et en répétait la teneur en allant chercher ou en ramenant ses médicaments. Cette méthode inhabituelle de commencer l'étude d'une langue n'empêcha pas Vauquelin de devenir, à l'âge mûr, un botaniste de valeur et d'avoir les œuvres d'Horace et de Virgile comme livres de chevet. Un prêtre lui fit faire une année de philosophie et il le présenta au diplôme de Maître ès Arts qu'il obtint.

Touché par la bonne volonté, la patience, l'intelligence, les qualités d'âme, le courage et l'énergie de son employé, Chéra-

dame le présente à M. de Fourcroy, docteur en médecine et professeur de chimie à la Faculté de médecine. Celui-ci lui offre le logement, la table et cent écus par an pour l'emploi de préparateur. Vauquelin accepte et s'installe chez son nouveau maître. Cette rencontre heureuse avec un homme de valeur, mais si différent de lui, terrassa l'adversité qui semblait s'acharner sur le jeune normand. Il devait peu après prendre pension chez les sœurs de M. de Fourcroy, Mmes Lebailly et Guédon, veuves toutes deux, et qui avaient fondé un petit magasin de parfumerie et de jouets d'enfants. Vauquelin, de santé chancelante par suite de privations et de travail, est soigné par elles pendant de longs mois comme s'il avait été leur propre enfant. Il leur en témoigna toute sa vie la plus touchante gratitude.

A cette époque, Fourcroy n'avait pas encore la chaire de chimie au Jardin des Plantes ; il enseignait dans différents établissements et notamment à l'Athénée. C'était une institution libre, fondée par Pilâtre de Rozier en 1781, à l'angle des rues de Valois et Saint-Honoré, et fréquentée par des gens du monde. Les hommes payaient 125 livres par an, et les femmes 60. On y enseignait les Lettres et les Sciences. Les esprits malveillants chuchotaient que « des affinités réciproques », des « attractions électives » entre auditeurs et auditrices contribuaient au succès de ces cours ; ce qui est certain, c'est qu'ils étaient très suivis et que Fourcroy se fit suppléer là, dans les derniers temps de l'Ancien Régime, par Vauquelin. Peu de temps après, lors de la Révolution, l'Athénée devint le Lycée républicain, et ce n'est que plus tard qu'il reprit son ancienne appellation.

Fourcroy initiait aussi quelques jeunes gens aux manipulations chimiques dans son laboratoire particulier, installé à la Couronne d'Or, 6, rue de la Bourdonnais, car dans les chaires officielles l'enseignement était purement oral. Les laboratoires officiels étaient mal installés, exigus et utilisés surtout pour la préparation des cours. C'est ainsi qu'au XVIII^e siècle et même jusqu'au milieu du XIX^e siècle, les professeurs n'y admettaient de coutume que leurs préparateurs. Vauquelin apprit donc la pratique de la chimie dans le laboratoire personnel de son maître et également dans celui que M. de La Rochefoucauld avait fait aménager dans son hôtel de la rue de Seine, pour contribuer au progrès des sciences.

Nous sommes en 1792, et, tandis que Vauquelin vaque à ses occupations quotidiennes d'aide apothicaire et d'apprenti chimiste, une vraie révolution éclate. Il dirige alors la pharmacie Goupil, rue Sainte-Anne, toute proche des Tuileries. C'est là qu'il

donne la mesure de son cœur d'homme par sa calme et prompte détermination à sauver un garde suisse du palais du Prince. Rappelons la narration qu'en firent Chevallier et Robiquet dans leur notice de 1830 :

« Le 10 août 1792 était arrivé. De ce jour de terrible mémoire, le peuple, poussé au dernier degré de fureur, avait saisi des armes et s'était précipité sur le palais du prince. Une faible garde, bientôt dispersée, ne l'avait arrêté qu'un moment et déjà le combat inégal était devenu la plus horrible scène de carnage. Les vaincus cherchent à fuir de tous côtés, mais en vain ; de tous côtés aussi des bandes d'assassins attendent les victimes. Les gardes suisses surtout, trahis par leur uniforme, ne peuvent éviter la rage populaire. L'un d'eux, cependant, parvient à s'échapper, le danger l'anime ; lui donne des ailes ; il fuit avec la rapidité de l'éclair et gagne une rue voisine ; mais les assassins le poursuivent en poussant des cris affreux ; sa mort est certaine s'il ne disparaît pas à leurs yeux ; le coin d'une autre rue le cache un moment ; une porte est ouverte, il s'y précipite, traverse la cour et se trouve dans une pharmacie occupée par un homme et deux dames. Cet homme c'était M. Vauquelin ; ces femmes, c'étaient les sœurs de Fourcroy. Le fugitif se jette à genoux et demande la vie.

« Quelle position, quel danger, quel devoir. Le malheureux est perdu s'il est repoussé de cet asile : il l'est encore si ses ennemis connaissent sa retraite ; ils ne feront grâce ni à la victime, ni à ses généreux sauveurs. Mais Vauquelin et ses compagnes ne s'arrêtent pas à délibérer au moment du danger ; ils accueillent le malheureux ; en un moment il est déshabillé, ses moustaches ont disparu, son visage est noirci au charbon, et tous ses vêtements, bourrés à la hâte dans un fourneau, deviennent la proie des flammes. On le couvre de vieux habits et un tablier achève son déguisement. L'infortuné, d'une main tremblante et mal habile, saisit alors le lourd pilon de fonte, et s'efforce d'étourdir sa terreur en frappant des coups redoublés.

« Cependant les assassins ont perdu sa trace ; par un bonheur inouï, aucun d'eux ne l'a vu pénétrer dans la maison, et sa tête est sauvée. »

Cette manifestation de courage et d'humanité dépeint le cœur de l'homme et des deux femmes qui n'hésitèrent pas au péril de leur vie à s'associer à ce geste généreux, se montrant ainsi dignes du nom qu'elles portaient. Après un court séjour comme pharmacien à l'hôpital militaire de Melun, Vauquelin reçoit l'ordre suivant : « Pars, fais-nous du salpêtre, ou je t'envoie à la guillotine. » Il part immédiatement et rassemble à travers le pays des quantités considérables de salpêtre qui, transportées dans les fabriques, allaient permettre la conquête de l'indépendance de

la patrie. Le 24 décembre 1793 (4 nivôse an II), par arrêté du Comité de salut public, il devient l'un des huit inspecteurs des poudres et salpêtres. Un autre arrêté du 11 mars 1794 (21 ventôse an II) le désigne comme membre de la commission chargée d'étudier l'organisation de l'Ecole des travaux publics qui devint l'Ecole polytechnique. Enfin, le 1^{er} juillet 1794 (13 messidor an II), le Comité de salut public créait la nouvelle Ecole des mines et chargeait Vauquelin d'y enseigner la « docimasie », c'est-à-dire l'examen et l'analyse des minerais.

La France, déchirée par les discordes civiles, avait à faire face à l'Europe liguée contre elle. Son territoire était menacé par de puissantes armées. C'est alors que, sous l'impulsion de ses savants, les Lavoisier, Berthollet, Fourcroy, tout ce qui manquait fut obtenu : armes, munitions, vêtements des soldats ; on supplée aux matières premières qui manquent par d'autres matières possédées en abondance, on imagine des procédés de fabrication meilleurs et plus rapides, on exploite les richesses de notre sol et de notre sous-sol, sans faire appel à l'apport étranger... La Révolution suivait son cours. C'est ainsi que la loi du 8 août 1793 supprimait les Académies et les Sociétés savantes, et celle du 15 septembre 1793 fermait les Facultés et les Collèges de plein exercice. Précédemment, la Constituante avait voté, le 17 mars 1791, la loi ayant pour objet de détruire les communautés, maîtrises et jurandes, ce qui avait pour conséquence de permettre à tout citoyen, sous la seule condition de payer patente, d'exercer la profession de son choix, — chacun pouvant ainsi, de sa propre autorité, se transformer en médecin, professeur, ingénieur, avocat, pharmacien, vétérinaire, etc... Mais, après avoir détruit, la Révolution dut reconstruire : les Ecoles furent ainsi ouvertes à nouveau. Fourcroy, grand maître de l'Université, organisa les lycées pour l'enfance et la jeunesse, puis, après Monge, il prend la plus grande part à la création de l'Ecole centrale de Paris (1794), qui devait devenir célèbre plus tard sous le nom d'Ecole polytechnique. Fourcroy y occupait la chaire de chimie et fit nommer Vauquelin professeur-adjoint et répétiteur de chimie, de décembre 1794 à juin 1797.

L'Ecole des mines était instituée à la même époque et Vauquelin y est nommé inspecteur et professeur de « docimasie » : Pour la première fois au cours de sa vie, Vauquelin va se trouver en une situation indépendante et possesseur d'un appartement à lui, dans l'école même. Il s'empresse d'appeler sa vieille mère près de lui, mais celle-ci refuse de quitter la chaumière normande ; il offre alors son appartement à ses bienfaitrices, les

sœurs de M. de Fourcroy, qui vinrent s'y installer et tinrent sa maison durant plusieurs années.

L'Institut national, créé après l'organisation des Ecoles, accueillit Vauquelin parmi ses membres. Quelque temps plus tard, en 1801, au Collège de France qui avait survécu aux orages de la Révolution, meurt d'Arcet, titulaire de la chaire de chimie ; c'est Vauquelin qui va lui succéder.

La loi du 3 avril 1803 avait réorganisé l'enseignement de la pharmacie et créé trois Ecoles : à Paris, Strasbourg et Montpellier, où existaient déjà des Ecoles de médecine. Fourcroy, chargé de l'organisation de l'instruction publique (loi de germinal an XI), présenta Vauquelin comme directeur et professeur de celle de Paris.

La mort de Brongniart père, en février 1804, laissait libre la chaire de « Chimie des Arts » au Jardin des Plantes. Vauquelin renonce à celle du Collège de France (pourtant mieux rémunérée), qu'il fait attribuer à Thénard, et opte pour le Jardin des Plantes où il sera près de Fourcroy.

Quelques années auparavant avait été créé un bureau de garantie pour les matières d'or et d'argent. Vauquelin se met sur les rangs pour en être le directeur. On le récuse, prétextant la nécessité pour cette fonction de connaissances spéciales qu'un chimiste ne peut avoir. Vauquelin rédige alors un ouvrage, « L'art de l'essayeur », et le publie sans nom d'auteur. Le livre fait sensation et le jury affirme que l'auteur de ce livre ne pouvait être qu'un essayeur habile et expérimenté, à qui conviendrait la direction. Vauquelin se nomme et justice lui est rendue.

Lorsque Fourcroy succomba en 1809 à une attaque d'apoplexie, Vauquelin lui succéda à la chaire de chimie de l'Ecole de médecine.

Ainsi donc, Vauquelin occupa simultanément ou successivement les chaires de chimie de toutes les grandes Ecoles de Paris, ainsi que la Direction de la Monnaie.

Lors de la création de l'ordre de la Légion d'honneur (1804) par Bonaparte, Vauquelin fut un des premiers appelés. Il devint plus tard chevalier de l'Empire, puis chevalier de l'Ordre royal de Saint-Michel, sans jamais avoir sollicité la moindre faveur ; il accepta même, avec un certain regret, certaines de ces distinctions.

En 1822, prenant prétexte de désordres causés par de jeunes étudiants turbulents, Vauquelin fut, avec Pinel, Antoine de Jussieu et Dubois, compris dans la mesure de disgrâce qui frappa en masse le corps professoral de l'Ecole de médecine, le ministère Villèle

ne pouvant admettre ses opinions libérales. Vauquelin fut très touché par cette mesure imméritée, et qu'un prétexte si minime ne semblait pas motiver. Il ne se consola jamais d'être écarté de la chaire que Fourcroy semblait lui avoir léguée en héritage. L'ingratitude qu'ainsi on lui témoignait porta un coup terrible à sa frêle santé.

Il avait bien, en 1820, été nommé membre titulaire dans la section de pharmacie de l'Académie royale de médecine qui venait d'être créée ; cela ne compensa pas pour lui la perte de son enseignement à la Faculté de médecine dont il était si fier.

Il forma une pléiade d'élèves qui s'illustrèrent à leur tour : Bouchardat, Caventou, Robiquet, Chevallier, Payen, Pelletier, Collet-Descostils, Robinet, Quesneville, Orfila, Stromeyer, et aussi Thénard et Chevreul. Tous rendirent à leur maître le plus affectueux et le plus respectueux hommage, comme en témoigne le mémoire ci-dessus cité de Chevallier et Robiquet.

Vauquelin fut élu député du Calvados en 1827 par le collège électoral de Lisieux. Il fut à la Chambre ce qu'il n'avait jamais cessé d'être : un esprit droit et d'une probité exemplaire, un cœur généreux et sage ; il garda son indépendance, sa fierté de caractère et se montra assidu et dévoué à la chose publique.

Il revint souvent au village natal, auprès de sa mère qu'il affectionnait particulièrement. Devenu riche et considéré, il garda sa modestie native vis-à-vis de tous, sa simplicité et le caractère d'humilité de son enfance, son comportement à l'égard de ses compagnons restés au village étant empreint de la même douceur, de la même bienveillante bonté qui le caractérisaient. Il aimait se promener en compagnie de sa vieille mère à travers les champs qu'il avait cultivés, admirant de-ci de-là les arbres qu'il avait plantés, revivifiant son âme naïve et bucolique aux charmes de la vie champêtre qui l'avaient marqué d'un sceau indélébile. Latiniste fervent, ses auteurs préférés, Horace et Virgile, étaient présents dans ses abandons à la riche nature normande. Il s'éteint après avoir été recueilli par le châtelain d'Hébertot, malgré les soins diligents et dévoués qui lui furent prodigués, le 14 novembre 1829, à l'âge de 56 ans, des suites d'une atteinte infectieuse à localisation intestinale.

Telle fut la vie studieuse, appliquée, opiniâtre, douloureuse et glorieuse à la fois du vrai chercheur Vauquelin, de celui qui devait découvrir le chrome. S'arrachant à sa terre natale pour devenir préparateur en pharmacie, il s'élève en autodidacte aux plus hautes charges et honneurs scientifiques, grâce d'abord à ses dons naturels d'intelligence, grâce aussi à sa sensibilité fré-

missante et à sa noblesse de caractère, grâce enfin à l'heureuse rencontre d'un esprit brillant qui devint son bienfaiteur, son guide et son ami : le comte de Fourcroy, et à qui il conserva toujours une piété filiale.

Fourcroy reconnut très vite chez ce pauvre adolescent amaigri, pâle et famélique, qu'avait recueilli son cousin Chéradame, des qualités intellectuelles et professionnelles exceptionnelles et de grandes vertus morales. Sans doute avait-il entendu dire par ses sœurs, Mmes Lebailly et Guédon, beaucoup de bien sur le travail, l'application, le dévouement et la délicatesse de ce jeune garçon d'officine, et avait-il été frappé lui-même par l'attention discrète et l'attitude admirative de cet adolescent à ses propres paroles lorsqu'il s'entretenait de chimie avec son cousin.

Nulle collaboration scientifique ne fut plus fructueuse. Fourcroy avait jugé en Vauquelin l'homme qui se dévouerait tout entier à son travail, à la recherche de la vérité scientifique, qui lui consacrerait tout son temps, toutes ses facultés, n'ayant aucun autre besoin à satisfaire que sa passion de connaître et son amour de la science.

Fourcroy l'associa donc à ses travaux. La symbiose fut parfaite, et l'on ne peut prétendre connaître Vauquelin sans rappeler brièvement ce qu'était son protecteur. Nous ne saurions mieux le faire qu'en rappelant les propres paroles de G. Cuvier dans l'Eloge historique qu'il fit de Fourcroy :

« Antoine-François, comte de Fourcroy, conseiller d'Etat, commandeur de la Légion d'honneur, membre de l'Institut et de la plupart des Académies et Sociétés savantes de l'Europe, professeur de chimie au Muséum d'histoire naturelle, à la Faculté de médecine de Paris, et à l'Ecole polytechnique, naquit à Paris, le 15 juin 1755, de Jean-Michel de Fourcroy et de Jeanne Laugier.

« Sa famille était ancienne dans la capitale, et plusieurs de ses parents s'étaient distingués au Barreau... A.-F. de Fourcroy, qui était destiné à faire revivre dans une autre carrière l'éloquence de ses ancêtres, appartenait à une branche tombée par degrés dans la pauvreté. Son père exerçait à Paris l'état de pharmacien, mais seulement en vertu d'une charge qu'il avait dans la maison du duc d'Orléans. La corporation des apothicaires obtint la suppression générale de ces sortes de charges, et cet événement détruisit le peu de fortune qui restait à M. de Fourcroy le père, en sorte que son fils ne commença à se connaître qu'au milieu des malheurs que le monopole des corps privilégiés avait fait éprouver à sa famille.

« Il en conserva un souvenir d'autant plus vif qu'un tempérament délicat lui avait donné dès l'enfance une extrême sensibilité. Ayant perdu sa mère à l'âge de sept ans, il voulait se jeter dans sa fosse. Les soins tendres d'une sœur aînée eurent peine à le conserver jusqu'à l'âge où l'on put le faire entrer au collège. »

Vicq d'Azyr qui estimait M. de Fourcroy père, « frappé de l'heureuse physionomie du fils et du courage avec lequel il luttait contre la mauvaise fortune... le consola, promit de le diriger et de le soutenir... Nous avons entendu A.-F. de Fourcroy, jusqu'à ses derniers jours, parler avec une tendre reconnaissance de ce protecteur de sa jeunesse ».

Ce ne fut pas sans peine, en raison de sa pauvreté, que Fourcroy acquit son grade de doctorat, et à propos du refus unanime qui l'empêcha d'obtenir le grade de docteur-régent, qui lui eût permis d'enseigner aux Ecoles de médecine, Cuvier écrit :

« En vérité, il semble que l'on peut pardonner à un homme d'un caractère irritable, qui avait passé toute sa jeunesse dans le malheur, et qui, après l'avoir vaincu à force de courage, pouvait y être subitement replongé par de si misérables motifs ; on peut lui pardonner, dis-je, d'avoir conservé des impressions vives contre des institutions dont l'abus avait pensé lui être si funeste. »

Fourcroy, pressé par le besoin d'arriver vite, choisit la voie des travaux scientifiques, qui procure d'ordinaire une renommée moins dépendante des caprices de l'opinion. Physique, chimie, histoire naturelle, tout le captive.

« On reconnaît un digne élève de Geoffroy St-Hilaire dans son *"Abrégé de l'Histoire des insectes"*, et un homme formé à l'école de Vicq d'Azyr dans sa *"Description des bourses muqueuses des tendons"*. L'Académie des sciences lui en rendit témoignage, car ce fut comme anatomiste qu'elle le reçut en 1785. Néanmoins, il donna de bonne heure la préférence à la chimie, entraîné par le talent de Bucquet..., alors le professeur le plus suivi de la capitale... Celui-ci apprécia bientôt un élève si digne de lui ; et un jour que des souffrances imprévues l'empêchèrent de faire sa leçon, il engagea Fourcroy à le remplacer... Bucquet vit dès lors en Fourcroy l'héritier de son talent..., dirigea vers lui la faveur du public et lui prêta généreusement son amphithéâtre et son laboratoire. »

La Faculté ne lui permit pas de succéder à la place de Bucquet.

Peu de temps après, en 1784, Macquer, professeur de chimie au Jardin du Roi, décède. La voix publique se prononce en foule

pour Fourcroy. M. de Buffon, intendant du Jardin du Roi, « reçoit plus de cent lettres écrites par des personnes considérables dans le monde ou dans les sciences ». Il hésite cependant, car Fourcroy avait pour rival un grand chimiste, M. le comte Berthollet, protégé par un grand prince ; mais les recommandations les plus nombreuses l'emportèrent...

« Pendant plus de ving-cinq ans, l'amphithéâtre du Jardin des Plantes a été pour M. de Fourcroy le principal foyer de sa gloire...

« Les leçons de M. de Fourcroy... répondaient complètement à cette double image : Platon et Démosthène y semblaient réunis... Enchaînement dans la méthode, abondance dans l'élocution ; noblesse, justesse, élégance dans les termes, comme s'ils eussent été longuement choisis ; rapidité, éclat, nouveauté, comme s'ils eussent été subitement inspirés ; organe flexible, sonore, argentin, se prêtant à tous les mouvements, pénétrant dans tous les recoins du vaste auditoire ; la nature lui avait tout donné...

« Et ce talent sans égal brilla de son éclat le plus vif à l'époque où la science elle-même fit les progrès les plus inouïs.

« Lorsque M. de Fourcroy commença ses cours, Bergman venait de donner une précision mathématique aux analyses de chimie... Priestley faisait connaître chaque jour de nouvelles sortes d'airs... Cavendish et Monge découvraient la composition de l'eau ; le génie de Lavoisier, enfin, trouvait, à force de méditations, le secret de la combustion, qui est aussi celui de presque toute la chimie, et soumettait aux lois de cette science les principaux phénomènes des corps organisés... M. de Fourcroy se fit un honneur d'adopter et de propager avec une égale impartialité les découvertes de tous ses contemporains. »

Ses cours eurent un énorme succès. « Il a fallu élargir deux fois le grand amphithéâtre du Jardin des Plantes, parce que cette salle immense ne pouvait contenir la foule de ceux qui venaient l'entendre. » Il donna de son cours six éditions en vingt ans : la première date de 1781 et a deux volumes, la sixième de 1801 en compte dix. Sa « Philosophie chimique » a eu en 1792-1796 et 1806 trois éditions françaises et huit ou dix traductions.

Deux abrégés, l'un pour les écoles vétérinaires, l'autre pour les dames, — la plupart des articles de chimie de l'Encyclopédie méthodique et du Dictionnaire des sciences naturelles complètent son œuvre.

Fourcroy a non seulement été un prestigieux professeur, il a aussi enrichi les sciences chimiques par un apport personnel de recherche et aussi par un apport en collaboration étroite avec

son fidèle Vauquelin, remarquable analyste. De cette symbiose de deux grands esprits, ayant comme point commun d'avoir eu l'un et l'autre des âmes sensibles et généreuses aiguillonnées durant leur adolescence par la pauvreté et les rudesses de la vie, naquirent de magnifiques travaux, et l'on peut fort bien supposer sans erreur sensible que la distribution du travail au cours de leur longue association se répartissait à peu près de la façon suivante, répondant au contraste de leur nature.

Fourcroy représente le génie aventureux qui pose les problèmes et dont les élans d'imagination lui permettent une conscience claire des grandes conceptions d'avant-garde de l'époque.

Vauquelin, ouvrier intelligent, appliqué, consciencieux, tout d'abnégation à son œuvre et à l'analyse des faits précis, s'engage dans les voies indiquées par le maître, vérifie, confirme ou infirme les hypothèses, mais toujours avec modestie, mesure et prudence.

Fourcroy est le grand esprit cavalier, d'activité infatigable, aimant la variété des recherches, les grands horizons.

Vauquelin est l'artisan sagace, ayant avant tout l'amour des faits, la patiente et froide exactitude, dépouillant les phénomènes dans leur nudité, ramenant l'enthousiasme du maître à la simple réalité des faits, ne dépassant jamais dans ses explications les limites de l'expérience, et ne se laissant jamais entraîner à une induction ou à une généralisation trompeuse. Ayant semé le blé dans le sillon creusé par sa charrue, il en suivra la levée avec la passion tranquille de l'observateur scrupuleux.

Deux hommes : deux caractères, profondément unis par les forces vives de l'affection ; l'un est l'imagination ailée, l'esprit brillant, au verbe éloquent, l'autre est l'expérimentateur sagace, ingénieux, intelligent, attentif aux phénomènes de la vie et à leurs manifestations, prudent et sage dans leur interprétation. Il annonce la science expérimentale du siècle suivant.

Nous limitant aux travaux biochimiques intéressant la chimie du cerveau, nous n'aurons pas à rappeler les nombreuses découvertes chimiques faites par Vauquelin seul, ou en collaboration avec Fourcroy, hors du domaine de leurs recherches sur les substances animales. Comme l'écrivit Cuvier :

« ...Mais de toutes les recherches qui ont occupé M. de Fourcroy, celles qui ont été les plus fécondes... ce sont ses recherches sur les substances animales. Il y attachait une importance toute particulière, parce qu'elles lui paraissaient devoir lier plus intimement la chimie à la médecine, et il les considérait comme un des devoirs de sa chaire à la Faculté. »

Mais Fourcroy, médecin et chimiste, était arrêté à chaque pas par l'imperfection de la science. Ouvrir des voies nouvelles, tel semble bien avoir été le dessein de Fourcroy, et une telle tentative ne lui paraissait pas être au-dessus de son talent et de la fine sagacité de son ami Vauquelin. Ainsi comprendrons-nous mieux l'immense effort accompli en symbiose sur la biochimie animale. Et si l'on se reporte à l'époque où ces recherches furent entreprises, on ne saurait méconnaître leur mérite et les services qu'elles ont rendus à la fois aux progrès de la chimie physiologique et de la médecine. L'énumération seule des sujets traités montre que leurs illustres auteurs s'étaient délibérément attaqués à l'étude de ce que l'on appelait au siècle dernier la chimie animale. Plus de vingt mémoires furent publiés de 1791 à 1798, et ce fut le mémoire sur l'analyse des larmes (1791) où l'on vit pour la première fois le nom jusque-là obscur de Vauquelin à côté du grand nom de Fourcroy. Puis, ce furent des études sur l'homme et différentes classes d'animaux, et portant sur le sang, la bile, les urines et l'urée, la salive, le lait, la sueur, les os, les cheveux, les dents, l'émail, le tartre, le cérumen, l'épiderme, les ongles, le foie, le foie de raie, les calculs et les concrétions, les excréments, la laine, le suint, le chyle de cheval, les coquilles d'œufs, les écailles d'huîtres, les œufs de brochet, la laite de carpe, la synovie de bœuf et d'éléphant, l'eau de l'amnios de vache, le méconium, les défenses de sanglier, l'ivoire, le sabot de cheval, les arêtes de poissons, les fourmis, etc... Ils ont contribué « à fixer les caractères des principes immédiats du corps animal... de cette matière médullaire... qui transmet les sensations et la volonté... » (Cuvier).

En parcourant la nomenclature des sujets traités, il semble bien que les illustres savants aient bien réellement projeté de composer une encyclopédie biochimique.

Parmi les faits les plus curieux qui mirent Fourcroy sur la voie de l'étude de la matière cérébrale, furent ceux que lui présentèrent en 1786 le *cimetière des Saints-Innocents*. Le gouvernement ayant résolu de supprimer ce foyer d'infection en plein centre de Paris, qui, depuis des siècles, recueillait les morts de la partie la plus peuplée de la capitale, défendit non seulement d'y enterrer, mais ordonna le transfert des corps qui y restaient déposés. Opération dangereuse à cette époque et qui fut exécutée avec autant d'habileté et de courage par M. Thouret et M. de Fourcroy.

Nous retrouvons, dans les mémoires de la Société Royale de

médecine de Paris de 1790, un écrit de M. Thouret sur « La nature de la substance du cerveau et sur la propriété qu'il paraît avoir de se conserver longtemps après toutes les autres parties, dans les corps qui se décomposent au sein de la terre. »

Dans ce mémoire, Thouret écrit :

« ...L'une des plus intéressantes et des plus curieuses observations que ces travaux avaient présentées était la conservation du cerveau, que l'on avait trouvé encore subsistant dans un grand nombre de corps, longtemps après la destruction de toutes les autres parties.

« Les corps que renfermait le cimetière se trouvaient dans des états différents, et le cerveau a présenté dans sa conservation plusieurs variétés à raison des circonstances. Les corps que l'on enterrait dans les fosses communes, au nombre de douze à quinze cents, et qui en formaient la très majeure quantité, s'étaient fondus en une espèce de savon blanchâtre, plus ou moins solide, qui avait conservé la forme et le volume des différentes parties. Dans ceux-ci, le cerveau participait très sensiblement à cet état de conservation. Cet état de conservation du cerveau sur des corps enterrés depuis 13 à 30 ans avait, du reste, été signalé par Fabrice de Hilden (d'après George Faber) sur des corps " ayant séjourné cinquante ans dans la terre. Le cerveau n'avait reçu aucune altération sensible, il était blanc, il coulait comme une matière huileuse... ". »

D'autres exemples ont été rapportés.

« L'existence de ce singulier phénomène étant bien établie, la cause qui le produit méritait d'être recherchée... Elle ne m'a paru dépendre que de la nature particulière de la substance du cerveau..., mais en quoi consistait le caractère qui distinguait ainsi la substance propre de ce viscère ?

« Plusieurs anatomistes et chimistes avaient essayé de dévoiler sa nature et sa composition, mais leurs efforts n'avaient conduit à aucun résultat précis. Les uns, en le soumettant à l'action d'un feu violent, n'en avaient retiré que des produits altérés par la distillation. Les autres, en le faisant macérer dans l'eau, l'esprit de vin ou les acides, n'y avaient cherché que des vaisseaux ou des glandes... Cependant quelques réflexions m'avaient paru propres à jeter quelques lueurs sur cette profonde obscurité..., la transformation du cerveau en matière savonneuse indiquait assez que ce viscère devait être, ainsi que cette espèce particulière de savon, formé d'une matière huileuse analogue au blanc de baleine. Fondé sur cette double analogie, j'avais pensé que, dans l'homme et dans les différentes espèces d'animaux, c'était une substance huileuse de ce genre, ou qui était au moins analogue, qu'était formée la matière propre du cerveau.

« Quelques recherches que j'ai faites à ce sujet (j'ai été fécondé dans ce travail par M. Adam Desmarest, apothicaire en chef de l'Hôpital de Bicêtre que je dois citer avec éloges) m'ont paru confirmer cette conjecture. Si l'on prend une certaine quantité de la substance du cerveau, et qu'en l'exposant à une chaleur modérée pour en dissiper l'humidité, on la réduise au quart de son poids, on la trouve alors changée en une matière onctueuse et épaisse, de la consistance du mastic employé par les Arts. Sa couleur est d'un brun jaunâtre, tirant un peu sur le vert ; si l'on verse de l'eau sur cette matière, elle s'y unit très facilement, et il en résulte une dissolution qui est opaque, qui mousse fortement par l'agitation et passe trouble par le papier ; qui présente, en un mot, tous les caractères d'un véritable savon.

« Les acides, l'eau de puits, les sels calcaires, la décomposent, en y formant un précipité flocculent et en flocons très ténus. En filtrant cette dissolution, après l'avoir précipitée par l'acide vitriolique, il passe une liqueur peu colorée, qui cristallise par l'évaporation, et donne un sel neutre très abondant, qui paraît être à base d'alkali fixe. Le résidu resté sur le filtre, et rassemblé, forme un magma blanchâtre, dans lequel on retrouve la même odeur, la même consistance que dans la première substance. Cependant, il a changé de nature. En l'agitant dans l'eau, il paraît encore s'y suspendre, mais il ne contracte aucune union avec ce fluide. En filtrant, l'eau passe abondamment, très claire et très limpide. Les différents essais démontrent qu'elle n'a dissous aucun principe. En faisant sécher à une chaleur très douce ce même résidu, il prend une forme concrète ou solide, avec une couleur jaune plus rembrunie. Dans cet état, il est attaquant par l'esprit de vin, avec lequel on peut, à différentes reprises, le dissoudre presque en entier. Cette dissolution, lorsqu'on la filtre au papier, passe très claire ; elle se trouble par l'addition de l'eau et prend une couleur laiteuse ; par le repos, il se forme à la surface une pellicule manifestement huileuse, dans laquelle on peut distinguer de petites lames brillantes ; il se précipite au fond un sédiment en flocons blanchâtres, tandis qu'une autre partie plus légère, également blanche, s'élève à la surface du liquide, où elle forme une bande faiblement opaque, qui se continue avec la pellicule. La même dissolution, filtrée et mise à reposer, sans l'avoir précipitée par l'eau, se remplit bientôt des mêmes lames cristallines et brillantes et se couvre également, par le seul repos, de la pellicule huileuse, qui s'élève à la surface. Cette matière huileuse, ainsi que celle des lames brillantes et cristallines, qui est manifestement la même, paraît être très fusible. Elle se ramollit et coule au plus léger degré de chaleur. Les alkalis fixes la convertissent en un savon solide, et c'est une substance alcaline de cette nature qui, dans le cerveau même, la met dans un état floconneux, le cerveau étant ainsi un vrai savon à base d'alkali fixe. »

Thouret insiste sur le fait que cette substance ne ressemble

à celle d'aucune autre partie du corps en raison même de sa constitution particulière.

Dans l'antiquité, la nature huileuse du cerveau a été tour à tour acceptée ou contestée par les auteurs. Si Hippocrate pensait que le cerveau ne contenait rien de gras, Platon comparait la matière cérébrale aux sucs médullaires en raison de sa mollesse et du fait que les deux étaient enfermés dans une enveloppe osseuse. Plus tard, Bartholin et Diemerbroeck rapportaient au cerveau la consistance et la nature des corps gras. Aristote, d'après Bartholin (rapporté par Thouret), était du même avis.

Thouret explique ainsi pourquoi « le cerveau jouit de la faculté de se conserver longtemps au milieu de la destruction, même dans le sein de la terre..., s'il n'y rencontre pas beaucoup d'humidité. »

Le mémoire de ce médecin distingué fait le point de la nature des analyses que l'on exécute à cette époque, ainsi que de la structure chimique de la matière cérébrale telle qu'on la concevait en 1786-1790. A vrai dire, si l'observation de la transformation savonneuse de la matière cérébrale était un fait pertinent, les descriptions de Thouret étaient plus morphologiques que proprement chimiques.

Fourcroy avait collaboré à l'activité de Thouret au cimetière des Saints-Innocents, et peu de temps plus tard, en février 1793, en pleine tourmente révolutionnaire, il avait fait paraître dans les « Annales de chimie » un travail sur « l'examen chimique du cerveau de plusieurs animaux », quatorze expériences sur le cerveau de veau, neuf sur le cerveau de mouton, et treize sur le cerveau humain. Ses expérimentations étaient complètes et il désirait vivement les voir compléter par son fidèle ami Vauquelin. Les conclusions de son mémoire résument bien sa pensée :

« Il est, ce semble, clairement démontré que le cerveau, outre la pulpe animale, est composé de phosphates de chaux, d'ammoniaque et de soude, que chacune de ces substances n'y entre que dans une très petite proportion, qu'il ne contient point d'alkali à nud et que surtout il n'y existe pas un atome de potasse, quoique cet alkali y ait été admis par Thouret... Quant à la matière de la pulpe cérébrale, nous pensons qu'elle forme parmi tous les organes des animaux une classe ou plutôt un genre à part..., elle n'a aucune analogie avec le blanc de baleine, auquel cependant M. Thouret l'a comparée, et qu'elle diffère encore beaucoup de l'albumine du sang, quoique celle-ci soit, de toutes les substances animales, celle dont le cerveau se rapproche le plus. »

Et Fourcroy, estimant ses recherches incomplètes, parcellaires et plus morphologiques que chimiques, semble annoncer le travail ultérieur de Vauquelin lorsqu'il écrit :

« Nous espérons que la chimie, plus riche en méthodes analytiques, fixera quelque jour d'une manière irrévocable cet ordre, que nous ne pouvons établir ici que sur des apparences pour ainsi dire extérieures. »

Les travaux de Vauquelin sur la matière cérébrale et nerveuse

Peu après la mort de Fourcroy, L.-N. Vauquelin présentait et soutenait, le 12 août 1811, à la Faculté de médecine de Paris, sa thèse, dédiée « Aux mânes de M. le comte de Fourcroy, mon meilleur ami » et comme « un témoignage de respect et de reconnaissance pour les bontés dont cet homme célèbre m'a toujours comblé », et intitulée « Analyse de la matière cérébrale de l'homme et de quelques animaux ». Son contenu parut *in extenso* dans le mémoire qu'il donna aux « Annales de chimie » en 1811.

Ce travail est le premier ouvrage où l'on retrouve la marque d'un vrai chimiste et la précision de la recherche scientifique sur un sujet jusqu'alors plein de mystère. Il constitue, au début du XIX^e siècle, la première pierre fondamentale d'un édifice que Thudicum allait magnifiquement compléter à la fin du même siècle.

Rapportons les plus caractéristiques passages du travail de Vauquelin, tant la pensée de ce grand chercheur est claire dans la sobriété de la phrase.

« ...Quoique le cerveau dût, par les fonctions qu'on suppose qu'il remplit, exciter de bonne heure la curiosité des chimistes, cependant on est étonné de ne trouver que très peu de chose dans leurs ouvrages concernant sa nature chimique ; encore le petit nombre d'expériences qui ont été tentées pour y parvenir n'ont point été poussées assez loin pour qu'on en puisse déduire quelques résultats positifs : aussi, les opinions qu'on a prises sur la composition de sa substance, d'après ces expériences, sont-elles erronées, ou au moins incomplètes. Il était donc nécessaire de reprendre ce travail avec les soins et les détails que la difficulté de son exécution exige. J'ai entrepris cette tâche difficile... »

En effet, Vauquelin aborda la chimie du cerveau, armé de ses dons de prestigieux analyste. Nous devons nous souvenir « qu'à cette époque les lois pondérales de la chimie venaient à peine d'être codifiées, mais qu'il en connaissait toutes les finesses, toutes les nuances, toutes les ressources » (Délépine). Vauquelin a certainement effectué en un court laps de temps ses essais sur la matière cérébrale en utilisant les procédés simples de l'analyse minérale élémentaire. Il était convaincu qu'il ne pouvait apporter que le fondement de bases essentielles dans la recherche de la composition fondamentale du tissu cérébral. Nous reconnaitrons qu'il y a parfaitement réussi, l'homme dont Darcet disait à propos de son Manuel de l'essayeur : « Il est écrit sans faste et sans luxe de doctrine, ni d'érudition ; cependant, il contient beaucoup d'observations fines, placées à propos, et qui font voir que l'auteur est un homme exercé et dont les connaissances vont beaucoup au delà. » Cela, on peut le dire de toute son œuvre, et son travail sur la matière cérébrale montre remarquablement comment il sut élargir le champ d'action de l'analyse chimique. Laissons à nouveau parler Vauquelin. Il traite d'abord le cerveau par l'alcool ou esprit de vin à froid, puis à chaud.

« Une portion de cerveau humain, dépouillé de ses enveloppes et réduit en bouillie homogène... a été délayée avec environ cinq parties d'alcool à 36 degrés. Ce mélange, laissé en macération pendant 24 heures, a été chauffé ensuite jusqu'à ébullition, et filtré. L'alcool avait acquis une couleur verdâtre (cette couleur, signalée par Vauquelin, était vraisemblablement due à du cuivre provenant de la bassine en cuivre utilisée pour la macération) ; il a déposé par le refroidissement une matière blanche, en partie floconneuse, en partie lamelleuse.

« Douze heures après le refroidissement, on a filtré de nouveau l'alcool ; celui-ci avait retenu sa couleur verdâtre : l'eau en troublait la transparence, et le rendait laiteux.

« Cet alcool a été soumis à l'évaporation jusqu'à ce qu'il n'en restât plus environ que la huitième partie, le résidu a déposé, en refroidissant, une matière huileuse, jaunâtre, fluide, qui occupait le fond de la liqueur qui était elle-même jaunâtre. »

Puis, Vauquelin pratique la reprise par l'alcool de la matière cérébrale déjà traitée.

« Après avoir fait bouillir le mélange pendant environ un quart d'heure, on a filtré l'alcool tout chaud. Cette fois, ce fluide a passé avec une couleur tirant sur le bleu, et a déposé, en refroidissant, une

matière blanche comme dans la première opération, mais moins abondamment. L'alcool, après avoir ainsi déposé, blanchissait encore par l'addition de l'eau.

« Cet alcool distillé a passé sans couleur, et le résidu de la distillation, qui faisait environ la vingt-huitième partie de la masse mise en distillation, avait perdu sa couleur verte, et en avait alors une jaune.

« Ce résidu offrait deux sortes de liqueurs ; l'une, qui avait l'aspect d'une huile, occupait le fond de la liqueur ; l'autre, moins colorée, ressemblait à une dissolution de gomme...

« La matière blanche déposée par l'alcool dans la première opération, et celle que le même liquide a laissé précipiter dans la deuxième, avaient une consistance pâteuse, un toucher gras et glutineux, un aspect brillant et satiné.

« La dernière portion était plus blanche et plus solide, mais fondait et se charbonnait comme la première lorsqu'on l'approchait de la flamme d'une bougie.

« En se desséchant sur le papier Joseph, ces matières le rendaient transparent, et le tachaient à la manière de l'huile.

« La matière qui avait été retenue en dissolution par l'alcool, et qui en a été séparée par la distillation de celui-ci, avait une couleur jaunâtre, une consistance pâteuse et collante. Cette matière desséchée se dissout de nouveau dans l'alcool bouillant ; mais avant de s'y combiner, elle se fond et coule au fond de l'alcool comme une huile. Sa dissolution alcoolique dépose en refroidissant deux matières qui ne diffèrent peut-être que par l'aspect : l'une, qui se précipite la première, s'attache aux parois des vases sous forme d'une graisse jaune, épaisse et tenace ; l'autre reste en suspension dans la liqueur, sous forme de lames blanches et brillantes comme l'acide boracique. »

On peut regretter que Vauquelin n'ait pas mieux précisé sa pensée au sujet des graisses jaunes et des lames blanches, brillantes, mais il décrit ce qu'il a constaté et ne fit malheureusement point ultérieurement l'analyse des mélanges des composés obtenus. D'après les descriptions détaillées données des graisses jaunes, il nous est possible de reconnaître, à la lumière de nos connaissances actuelles, que Vauquelin posait déjà le problème de l'existence de corps nouveaux : les phosphatides cérébraux que l'homme de génie Thudicum étudiera et classera dans la deuxième partie du XIX^e siècle. Mais déjà Vauquelin venait d'apporter des faits sûrs et précis, auxquels du reste Thudicum rendit plus tard hommage. Laissons encore parler Vauquelin tellement son expression est sobre et juste :

« La matière du cerveau dont il s'agit ne contient ni acide phosphorique libre, ni phosphate d'ammoniaque et, par conséquent, l'acide qui se développe a une autre origine... » Il conclut : « Il y a du phosphore combiné avec la matière grasse du cerveau, lequel s'est dissout, en même temps que cette dernière, dans l'alcool... Il faut donc nécessairement admettre dans la substance du cerveau, comme dans la laite des poissons où nous l'avons découverte, Fourcroy et moi, l'existence du phosphore. La proportion, à la vérité, est très petite, car j'estime, d'après la quantité de phosphate de chaux que j'ai obtenue dans mes expériences précédentes (Vauquelin avait précipité le phosphore après traitement des phosphatides par la potasse, par l'eau de chaux), qu'elle ne s'élève guère qu'à la cinq centième partie, mais, si l'on retranche l'humidité du cerveau et que l'on ne considère le rapport de ce corps qu'avec la matière sèche, l'on trouve que la proportion est à peu près d'un centième », puis il ajoute : « Quoique la substance... offre plus de rapports avec les graisses qu'avec toute autre classe de corps, cependant elle ne doit pas être confondue avec la graisse ordinaire. » « Elle en diffère principalement par sa dissolubilité dans l'alcool, sa cristallisabilité, sa viscosité, sa fusibilité moins grande, et la couleur noire qu'elle prend en fondant. »

« Ainsi tout en la renfermant dans la classe des corps gras, il faut la considérer comme une espèce particulière et nouvelle. »

Quant « aux lames blanches et brillantes comme de l'acide boracique » en suspension dans la liqueur alcoolique, ne reconnaissons-nous pas, typiquement décrites, telles qu'elles apparaissent lorsqu'on effectue et laisse évaporer un extrait alcoolique lipidique du tissu cérébral, les lamelles plates, quadrangulaires tronquées et imbriquées du cholestérol cristallisé.

Nous devons souligner que Vauquelin, utilisant uniquement l'alcool éthylique dans l'extraction des lipides cérébraux, classa les corps qu'il obtint en deux catégories : ceux dont nous venons de parler, solubles dans l'alcool bouillant et se déposant par refroidissement, ceux qui demeureraient solubles dans l'alcool froid et qu'il obtint après distillation de l'alcool. Il reconnaît que ces derniers contiennent également du phosphore en combinaison avec la matière grasse, car, dit-il :

« nous devons prendre à son égard la même opinion relativement à l'origine de l'acide phosphorique que pour la matière grasse qui s'est déposée spontanément de l'alcool pendant son refroidissement, c'est-à-dire qu'il faut admettre l'existence du phosphore, car nous nous sommes assurés, par des moyens convenables, que cette matière ne contenait pas de phosphore libre, ni de sels phosphoriques. Maintenant nous devons chercher en quoi cette substance peut différer de

celle qui se dépose naturellement de l'esprit de vin pendant qu'il refroidit... » « Elle en diffère par sa couleur rouge brun, par moins de consistance et par une légère saveur de bouillon que n'a point la première et par une grande tendance à la cristallisation. »

D'après cette description, nous avons tout lieu de penser qu'il s'agit là en majeure partie de certaines fractions fort impures de cérébrosides, mais, pas plus dans un cas que dans l'autre, Vauquelin n'a entrevu la présence du glycérol et des sucres. Sans prendre parti, Vauquelin mentionne une troisième substance, cette fois liquide,

« qui se sépare des deux autres substances grasses par le refroidissement et l'évaporation de l'alcool ». « Cette liqueur, de couleur jaune brunâtre, a une saveur jus de viande un peu sucrée, rougit fortement le tournesol, est précipitée par l'eau de chaux, par l'infusion de noix de galle, etc..., contient de l'acide phosphorique libre, du phosphate de potasse, et une matière animale qui doit être regardée comme étant identique avec la matière que Rouelle a appelée autrefois : extrait savonneux de viande et à laquelle Thénard a donné le nom d'osmazone... »

Cette troisième substance était évidemment un mélange fort complexe, constitué en grande partie d'acides gras, de leurs éthers et de sels minéraux.

La partie du cerveau qui est insoluble dans l'alcool, Vauquelin note qu'elle se présente sous forme d'une

« matière blanche un peu grisâtre, en flocons, qui ressemble à du fromage frais, mais qui en diffère par ses propriétés chimiques. Cette substance en se desséchant prend une couleur grise, une demi-transparence, une cassure lisse et polie comme celle de la gomme arabique. Remise dans l'eau en cet état, elle en absorbe une certaine quantité, devient opaque, se gonfle et se ramollit ».

Par divers traitements chimiques, il put caractériser dans cette substance le calcium, le magnésium, le soufre, et il conclut :

« Les propriétés de cette partie du cerveau, insoluble dans l'alcool, ne laissent, à notre sens, aucun doute sur son identité parfaite avec l'albumine. » « En effet, cette connaissance explique très bien la coagulation du cerveau délayé dans l'eau par la chaleur, par les acides, les sels métalliques de... ».

C'était là aussi l'opinion qu'avait prise Fourcroy sur la nature de cette matière dans son mémoire sur cet objet, inséré dans les « Annales de chimie ».

En résumé, Vauquelin fait ainsi le bilan méthodique de la composition chimique du cerveau telle qu'il l'a constatée :

1° Eau : environ 80 %.	4° Albumine : 7 %.
2° Matière grasse blanche : 4,53 %.	5° Osmazone : 1,2 %.
3° Matière grasse rouge : 0,70 %.	6° P : 1,5 %.
	7° Acide, sels, S : 5,15 %.

Tel fut l'apport de Vauquelin à l'étude des constituants de la matière cérébrale. Pour la première fois, la recherche était entreprise par un analyste et non plus seulement, comme jusqu'alors, par des alchimistes ou des médecins, se limitant à des descriptions morphologiques et macroscopiques. Le travail en profondeur était entrepris : on tentait désormais de désarticuler la matière en ses éléments fondamentaux. Tous ces résultats positifs auraient pu servir de base à d'autres recherches, et sans doute les occupations multiples de Vauquelin, ainsi que sa santé précaire l'ont-elles empêché de pousser plus avant dans ce sillon. Il laissa cette tâche à Couerbe et Frémy qui, quelques années plus tard, reprirent cette étude en France, avant qu'elle ne fût pleinement développée à la fin du XIX^e siècle par Thudicum.

Vauquelin, en prestigieux analyste, réalisa pour la chimie du cerveau ce que Fourcroy l'avait incité à faire. Il n'est que de comparer les deux mémoires sur le même sujet : celui de Fourcroy, publié en 1792 aux « Annales de chimie », et celui de Vauquelin, paru en 1811, pour apprécier le chemin parcouru.

Si le premier travail scientifique publié par Vauquelin semble être celui traitant de la combustion du phosphore dans le gaz muriatique oxygéné (le chlore) et s'il donna quelque 200 à 300 mémoires de chimie pure, parus presque tous dans les « Annales de chimie », il fut aussi, comme nous l'avons souligné ci-dessus, le fondateur de ce que nous appelons aujourd'hui la chimie biologique, et ce, sous l'influence des directives de son protecteur Fourcroy. C'est peut-être parce qu'il s'occupa de cette « chimie animale », et en particulier de sujets touchant à l'esthétique corporelle, — il fit paraître en 1806 un mémoire sur les cheveux où il précisait que les cheveux renfermaient une matière colorante variable suivant leur couleur, une matière grasse à laquelle ils doivent leur souplesse, leur élasticité, leur résistance

et leur brillant, etc...) — qu'il eut les honneurs d'être une figure vivante de la « Comédie humaine » d'Honoré de Balzac. En effet, dans « Grandeur et décadence de César Birotteau », le héros du roman demande audience à Vauquelin et exploite les éléments scientifiques recueillis près de lui à la publicité de sa double pâte des sultanes, à son eau carminative, etc...

Nous ne pouvons résister au plaisir de rapporter ces deux pages de Balzac. César Birotteau s'exprime ainsi :

« A un certain âge, les hommes feraient les cent coups pour avoir des cheveux, quand ils n'en ont pas. Depuis quelque temps, les coiffeurs me disent qu'ils ne vendent pas seulement le Macassar, mais toutes les drogues bonnes à teindre les cheveux, ou qui passent pour les faire pousser. Depuis la paix, les hommes sont bien plus auprès des femmes et elles n'aiment pas les chauves, eh, eh, Mimi. La demande de cet article-là s'explique donc par la situation politique. Une composition qui vous entretiendrait les cheveux en bonne santé se vendrait comme du pain, d'autant que cette essence sera sans doute approuvée par l'Académie des sciences. Mon bon M. Vauquelin m'aidera peut-être encore. J'irai demain lui soumettre mon idée, en lui offrant la gravure que j'ai fini par trouver après deux ans de recherches en Allemagne. Il s'occupe précisément de l'analyse des cheveux. Chiffreville, son associé pour sa fabrique de produits chimiques, me l'a dit. Si ma découverte s'accorde avec les siennes, mon essence serait achetée par les deux sexes. Mon idée est une fortune... » « ...Désolé de quelques expériences infructueuses, il flânait un jour le long des boulevards en revenant dîner, car le flâneur parisien est aussi souvent un homme au désespoir qu'un oisif. Parmi quelques livres à six sous étalés dans une manne, à terre, ses yeux furent saisis par ce titre jaune de poussière : *Abdeker, ou l'Art de conserver la beauté*. Il prit ce prétendu livre arabe, espèce de roman fait par un médecin du siècle précédent, et tomba sur une page où il s'agissait de parfums. Appuyé sur un arbre du boulevard pour feuilleter le livre, il lut une note où l'auteur expliquait la nature du derme et de l'épiderme et démontrait que telle pâte ou tel savon produisait un effet souvent contraire à celui qu'on en attendait, si la pâte ou le savon donnaient du ton à la peau qui voulait être relâchée, ou relâchaient la peau qui exigeait des toniques. Birotteau acheta ce livre, où il vit une fortune. Néanmoins, peu confiant dans ses lumières, il alla chez un chimiste célèbre, Vauquelin, auquel il demanda tout naïvement les moyens de composer un double cosmétique qui produisit des effets appropriés aux diverses natures de l'épiderme humain. Les vrais savants, ces hommes si réellement grands, en ce sens qu'ils n'obtiennent jamais de leur vivant le renom par lequel leurs immenses travaux inconnus devraient être payés, sont presque tous serviables et sourient aux pauvres d'esprit. Vauquelin protégea

donc le parfumeur, lui permit de se dire l'inventeur d'une pâte pour blanchir les mains et dont il lui indiqua la composition. Birotteau appela ce cosmétique la *double pâte des sultanes*. Afin de compléter l'œuvre, il appliqua le procédé de la pâte pour les mains à une eau pour le teint qu'il nomma l'*Eau carminative*. Il imita dans sa partie le système du Petit Matelot, il déploya, le premier d'entre les parfumeurs, ce luxe d'affiches, d'annonces et de moyens de publication que l'on nomme, peut-être injustement, charlatanisme. » « ...Ce soir, nous irons, à l'heure du dîner, chez l'illustre et bon M. Vauquelin, pour le consulter. Ce savant s'est occupé, tout récemment, de la composition des cheveux, il a recherché quelle était la texture des cheveux. Tout est là, Popinot. Tu auras mon secret, et il ne s'agira plus que de l'exploiter avec intelligence. M. Vauquelin est toujours dans son cabinet ou dans son laboratoire ; j'aime à croire qu'il pense à Dieu en analysant ses ouvrages... ».

Bien que le génie solide et parfois vulgaire de Balzac n'excelle ordinairement pas à rendre les caractères dont l'essence est la délicatesse, et que la peinture de la vertu réussisse mal à ce grand romancier, il faut reconnaître qu'il réalisa remarquablement, grâce à sa puissance d'imagination synthétique, à camper le personnage du savant Vauquelin, qu'il ne put connaître directement qu'à la fin de sa vie et dont il se fit une idée par ses lectures des chroniques du temps et la réputation populaire du célèbre chimiste. Il le représente comme un homme essentiellement bon, généreux, compatissant, tout entier dévoué à la recherche scientifique, sans pour cela être détaché des biens de ce monde.

Il nous révèle le tempérament de cette personnalité à laquelle il sait donner une vie intense par la netteté de sa vision, la précision des faits vécus, les détails vrais de la conversation.

Notons encore la vraisemblance scrupuleuse des dialogues qu'il imagine et leur caractère de vérité. Il est curieux que la verve caustique de ce grand peintre de la Société française n'ait pas cru devoir décocher quelque trait ironique ou malicieux au protecteur de Popinot, le parfumeur, lançant son eau pour les cheveux. Vauquelin est, dans « César Birotteau », nommément désigné, et les traits psychologiques dont il caractérise le savant sont bien ceux-là mêmes qui se dégagent de la vie vertueuse et tout entière consacrée à la recherche de la vérité. Il nous le montre vivant dans sa fabrique de produits chimiques et dans son laboratoire, bienveillant pour le visiteur, répondant toujours par un geste, un acte de bonté, à tout solliciteur.

H. de Balzac rend donc hommage à la grandeur d'âme de cet authentique chercheur, qui demeura dans l'aisance et la gloire ce qu'il avait été aux heures d'infortune et de misère : un cœur sincère et fidèle.

Parmi les plus valeureux des savants français, L.-N. Vauquelin fut un de ceux dont la grandeur morale égalait la noblesse du caractère et la valeur scientifique : l'homme était à la hauteur du savant. Travailleur opiniâtre et d'une grande intelligence, il fut le premier à donner des bases à la chimie de la substance nerveuse, utilisant pour ses recherches les méthodes chimiques dont la toute récente codification venait à peine d'être faite en France. Sa vie exemplaire, son attachement passionné à la recherche, sa finesse d'esprit et son habileté aux travaux chimiques expérimentaux font de lui une des figures les plus émouvantes parmi les savants de cette période doublement révolutionnaire.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 10 mai 1954

Présidence : M. Paul ABÉLY, vice-président

PRÉSENTATIONS

L'électrochothérapie intensive chez les délirants chroniques : résultats thérapeutiques et perspectives pathogéniques, par M^{me} Agnès MASSON et MM. Ph. RAPPARD et Ed. DAMEY.

L'électrochothérapie intensive dans les états délirants n'est pas une nouveauté.

Elle a été essayée dès l'époque des premiers essais d'électrochothérapie. Le congrès de 1942 voyait une floraison de statistiques portant en général sur un nombre de cas très restreint — quelques unités — avec des résultats inégaux et inégalement distribués par rapport aux types de délires traités, bouffées délirantes, délires chroniques hallucinatoires, délires d'interprétation. Ces essais étaient restés alors sans suite. L'un de nous, pendant son affectation à Saint-Venant, avait, après d'autres, essayé cette méthode sur les bouffées délirantes, abrégeant un peu la durée de séjour (10 à 14 jours au lieu de notre moyenne habituelle de 20 à 25 jours), le gain de temps ainsi obtenu paraissant cependant un mince résultat par rapport à la légère détérioration possible. Des circonstances matérielles nous avaient obligé d'interrompre alors ces essais. Entre temps, le congrès international de 1950 faisait connaître en France les résultats obtenus, notamment par les auteurs sud-américains ; et, au congrès de 1951, Tosquelles et Fanon rapportaient quatre cas en émettant l'hypothèse que l'électrochothérapie intensive soit d'autant plus efficace que les troubles les plus apparents correspondent aux réactions de la personnalité morbide. Nous avons repris tout récemment ces essais dans des recherches cliniques, conti-

nuées ensuite sous le contrôle de l'électroencéphalogramme et qui, débordant le cadre de la thèse en cours de l'un d'entre nous, doivent faire l'objet de recherches électroencéphalographiques ultérieures en collaboration avec M. le professeur agrégé J. Faure de Bordeaux.

Nous donnons aujourd'hui une première statistique provisoire et un premier aperçu des possibilités cliniques et de l'intérêt du contrôle par électroencéphalogramme.

Sur le plan clinique, nous n'avons pas sensiblement dépassé les pourcentages indiqués dans la thèse dactylographiée de Gérardin (Nancy, 1952), c'est-à-dire un résultat favorable sur quatre environ (guérison ou grosse amélioration permettant la sortie), un insuccès franc, deux succès partiels ou transitoires. Nous divisons nos résultats en deux groupes : premier groupe : 5 malades traités de septembre à décembre 1953 ; deuxième groupe : 11 malades traités de janvier 1954 à maintenant, sous contrôle électroencéphalographique.

Dans l'un et l'autre groupe, nous n'avons fait rentrer que des délirants dont le délire évolue depuis environ trois ans au moins, c'est-à-dire des malades dont l'affection était considérée comme pratiquement incurable dans l'état actuel de nos méthodes thérapeutiques, et par conséquent pour lesquels les inconvénients de la possibilité d'une légère détérioration — moins élevée cependant que dans les suites des interventions chirurgicales et en principe non susceptible d'aggravation lointaine d'origine cicatricielle — paraissaient négligeables par rapport à l'avantage d'une guérison sociale avec retour à une vie familiale ou sociale ou, à défaut, d'une forte amélioration modifiant profondément les conditions de vie du malade à l'hôpital psychiatrique.

1^{er} groupe. — OBSERVATION 1. — Sa...-Pa... Robert, 53 ans, entré le 21 août 1948 : délire de persécution hallucinatoire. Une intervention neuro-chirurgicale avait été jadis envisagée. Deux séries biquotidiennes, du 10 novembre au 22 novembre 1953 ; 10 décembre au 23 décembre 1953 ; malgré quelques bouffées d'excitation psycho-motrice, persistance d'une amélioration notable du comportement.

OBSERVATION 2. — San... Robert, 32 ans, entré le 10 août 1949 : délire hallucinatoire avec idées de possession démoniaque et éléments obsédants. Deux séries biquotidiennes, du 18 août au 27 août 1953 : nette amélioration puis rechute ; du 8 décembre au 21 décembre 1953 : grosse amélioration, qui persiste ; travaille régulièrement.

OBSERVATION 3. — Fo... Nelson, 42 ans, entré le 1^{er} septembre 1945 : délire de persécution hallucinatoire. Une série biquotidienne, du 21 septembre au 10 octobre 1953 : amélioration puis rechute, mais avec maintien de l'amélioration du comportement (travaille à l'imprimerie).

OBSERVATION 4. — De... Raymond, 32 ans, entré le 13 novembre 1951 : délire de persécution et d'invention, refus obstiné de tout travail. Trois séries biquotidiennes, du 21 septembre au 26 septembre 1953. pas d'amélioration ; du 20 octobre au 31 octobre 1953, extériorise moins son délire et

travaille ; du 13 janvier au 26 janvier 1954, l'amélioration persiste, s'occupe régulièrement au pavillon.

OBSERVATION 5. — So... Raymond, 58 ans, entré le 30 juillet 1952 : délire de persécution évoluant depuis de nombreuses années, éléments interprétatifs et hallucinations polysensorielles, fonds paranoïaque. Une série biquotidienne en août 1953. Amélioration du comportement (travail) ; atténuation puis disparition de l'expression des idées délirantes. Sorti le 4 novembre 1953.

2^e groupe. — OBSERVATION 6. — Gon... Léopold, 38 ans, entré le 31 mai 1948 : délire chronique d'interprétation. Une série biquotidienne, du 1^{er} février au 13 février 1954 : période confusionnelle consécutive ; l'expression du délire sur demande disparaît à la 16^e absence, le délire reprend fin avril, vers la fin de la période confusionnelle ; l'amélioration du comportement se maintient.

OBSERVATION 7. — Ca... Robert, 51 ans, entré le 27 juillet 1949, sorti une première fois le 20 mars 1950, réinterné le 6 janvier 1951 : délire de persécution hallucinatoire. Deux séries biquotidiennes, du 1^{er} février au 13 février 1954 et du 22 mars au 5 avril 1954, avec périodes confusionnelles. Amélioration du comportement.

OBSERVATION 8. — Na... André, 35 ans, entré le 24 octobre 1951 (troubles semblant avoir débuté cinq ans auparavant) : délire de persécution et d'influence (magnétisme). Jadis un peu amélioré par une cure de Sakel ; difficile et irritable (nous l'avons trouvé « bricolé » au pavillon des agités). Les entretiens avec sa famille ne pouvaient se prolonger au delà de quelques minutes (violences, gros troubles vaso-moteurs). Récriminations continuelles, lettres innombrables aux autorités, ministres, président de la République, administration, centrales syndicales, etc. Une première série biquotidienne, du 1^{er} février au 13 février 1954 : période confusionnelle de la 8^e absence à la 16^e ; expression du délire spontané jusqu'à la 6^e absence, diminution progressive de l'expression du délire sur demande ; comportement agressif jusqu'à la 6^e absence, puis calme. Amorce de rechute début mars avec modification de l'électro-encéphalogramme. Deuxième série biquotidienne, du 9 mars au 21 mars 1954 : légers éléments confusionnels transitoires ; comportement calme et disparition du délire. Commence à se demander si son délire était possible, s'enquiert sur la réalité du magnétisme et des théories auxquelles il avait cru jadis (autodidacte, il a beaucoup lu). Discute et rectifie. La rancune contre sa famille (intérieurement) tombe d'abord et ensuite celle contre le médecin, qui avait délivré le certificat d'internement. Se met à travailler (8 heures par jour à l'atelier de reliure), vit en semi-liberté à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, puis obtient de sortir en ville avec sa femme, qui vient le voir très souvent et aide efficacement à la psychothérapie. Entretiens réitérés sollicités par lui : reconnaît actuellement avoir été malade, s'explique le pourquoi des non-réponses à ses multiples réclamations. Actuellement, attitude normale. Sa femme demande sa sortie à court délai.

OBSERVATION 9. — Ca... Jean, 60 ans, entré le 8 juillet 1939 : délire de persécution hallucinatoire. Deux séries biquotidiennes : du 22 janvier au 3 février 1954, avec période confusionnelle, et du 22 mars au 4 avril 1954,

sans période confusionnelle. Persistance du délire, mais amélioration du comportement.

OBSERVATION 10. — Me... Marcel, 48 ans, entré le 20 octobre 1940 : délire de persécution hallucinatoire, avec refus d'alimentation intermittent. Deux séries biquotidiennes, du 22 janvier au 3 février 1954 et du 11 février au 23 février 1954. Période confusionnelle lors de chaque série. Echec ; une légère amélioration n'a pas persisté.

OBSERVATION 11. — Mi... Eugène, 53 ans, entré le 22 janvier 1946 : délire interprétatif de persécution et d'influence ; calme. Deux séries biquotidiennes, avec périodes confusionnelles, du 22 janvier au 3 février 1954 et du 11 février au 24 février 1954. Légères améliorations, qui n'ont pas persisté.

OBSERVATION 12. — La... Yves, 30 ans, entré le 31 janvier 1950 : délire chronique hallucinatoire évoluant depuis longtemps, avec crises d'excitation. Une série biquotidienne, du 8 février au 21 février 1954, avec période confusionnelle. Crise d'excitation avec hallucinations olfactives intenses en cours de traitement. Echec.

OBSERVATION 13. — O... Gérard, 44 ans, entré le 18 juin 1952 : délire chronique hallucinatoire évoluant depuis assez longtemps. Deux séries biquotidiennes, du 8 février au 20 février 1954 et du 22 mars au 4 avril 1954, avec périodes confusionnelles. Légères améliorations puis rechutes, mais maintien de l'amélioration du comportement.

OBSERVATION 14. — Pu... Jean, 56 ans, entré le 7 mars 1934 : délire chronique hallucinatoire ; calme. Deux séries biquotidiennes, du 8 février au 20 février 1954 et du 22 mars au 4 avril 1954 : ni période confusionnelle, ni amélioration.

OBSERVATION 15. — P... Marcel, 54 ans, entré le 21 juillet 1934, venant de Dury-lès-Amiens : délire hallucinatoire ; calme mais oisif. Une série biquotidienne, du 22 février au 9 mars 1954. Pas de période confusionnelle. L'expression du délire a disparu puis reparu ; mais son comportement reste calme ; travaille régulièrement depuis.

OBSERVATION 16. — Es... Jean, 65 ans, entré le 17 mars 1947 : délire interprétatif ; calme. Une série biquotidienne, du 22 février au 9 mars 1954. Légère période confusionnelle ; cessation du délire spontané puis du délire sur demande. (Actuellement, hospitalisé pour affection chirurgicale ; non examiné depuis).

De ces premières constatations, il paraît possible de dégager quelques conclusions provisoires.

1° La durée de la première amélioration est, dans nos observations, d'une moyenne de trois semaines à un mois. Après quoi, une partie au moins des résultats acquis était perdue : d'où, généralement, l'indication d'une nouvelle série d'électrochocs.

Or, étant donnée la légère détérioration possible, il paraissait y avoir intérêt à ne recommencer une autre série que si elle était nécessaire, mais aussi à ne pas tarder inutilement et à ne pas laisser se

réinstaller une rechute franche. L'utilisation de l'électroencéphalogramme comme méthode de contrôle paraissait intéressante, il s'agissait de vérifier ses possibilités.

Le contrôle de notre deuxième série de malades paraît avoir montré, surtout dans certains cas, que le retour au moins partiel d'un électroencéphalogramme au type antérieur à l'amélioration précède légèrement la rechute clinique visible.

2° Conformément à la remarque de M. le professeur agrégé J. Faure au cours de ce contrôle (1), l'augmentation des réponses sous la stimulation lumineuse intermittente (« déblocage ») paraît être d'un bon pronostic en ce qui concerne la réaction ultérieure au traitement. Les malades qui, dans l'électroencéphalogramme antérieur au début du traitement, présentaient ces modifications, ont été parmi ceux qui ont réagi favorablement au traitement lui-même.

3° L'état confusionnel transitoire post-électrochoc intermittent ne paraissait pas influencer défavorablement l'électroencéphalogramme. Certains des malades améliorés mais non encore complètement sortis de l'état confusionnel montrant malgré cela un retour net vers la normale.

4° Les malades ne réagissant pas au traitement n'avaient pas de modification appréciable dans leur tracé sous la stimulation lumineuse intermittente.

5° L'efficacité du traitement paraît diminuer dans les très vieux délires, sans qu'il soit possible d'en déduire qu'il existe dans ces cas un processus lésionnel rendu irréversible par l'ancienneté et une diminution de l'intensité du facteur affectif. Elle est par contre maxima dans les délires à fort « éclairage » diencéphalique, l'électrochothérapie non intensive ayant déjà dans ces cas une efficacité plus grande que dans les autres délires.

Nous n'avons pas fini de faire le dépouillement des résultats des stimulations lumineuses intermittentes progressives, qui pourra éventuellement fournir des indications sur des modalités de traitement (utilisation thérapeutique de certaines stimulations lumineuses intermittentes). Il en est de même de l'hyperpnée après une première série d'électrochocs, le déblocage commençant souvent sous son influence dans les cas favorables.

Sans entrer dans la discussion des multiples théories concernant le mécanisme d'action de l'électrochoc, l'étude ultérieure plus poussée de ses résultats pourra peut-être permettre d'entrevoir pensons-nous, dans quelle mesure ils ne sont pas susceptibles d'éclairer la théorie dissolution-reconstruction de Delmas-Marsalet ou la théorie des niveaux

(1) Que nous avons fait au laboratoire d'électro-biologie annexé à la Clinique psychiatrique à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Voir J. FAURE : Perspectives psychologiques et thérapeutiques offertes par la stimulation lumineuse intermittente, la subnarcoïse stimulée. *Encéphale*, 1952, n° 3.

de conscience de J. Faure, et, enfin, de rechercher dans quelle mesure le rôle de la thérapeutique par l'oubli ne doit pas également être envisagé, au moins dans une certaine mesure (l'ancienne auto-observation de Bersot, « la sensation d'éloignement du passé qu'il provoque »), et dans quelle mesure la confusion mentale ou les éléments amnésiques aident à l'amélioration. Car ne paraissent réagir, d'après nos observations, que les malades qui font un état confusionnel ou au moins ceux qui présentent une certaine diminution de la mémoire, accusée par le sujet comme un phénomène gênant (à noter que la réciproque n'est pas vraie).

D'autre part, il restera à étudier :

1° pourquoi, à l'intérieur du groupe des réactions confusionnelles, certaines correspondent à des améliorations et d'autres non. Pourquoi les délires qui n'ont que quelques années paraissent plus facilement améliorés que les délires très anciens qui s'avèrent moins sensibles au traitement ;

2° dans quelle mesure des observations ultérieures vérifieront ce qui paraît se dégager du groupe des nôtres, à savoir que les améliorations surgissent de préférence chez les délirants dont l'état clinique comprend une composante diencéphalique manifeste ;

3° en outre, pourquoi ce sont surtout certains types de délire, comme les délires d'influence, qui paraissent les plus sensibles, question qui présente peut-être des analogies avec la précédente ;

4° et aussi quelle est la parenté éventuelle de ces mécanismes avec le « vieillissement » spontané des délires (Vié, etc.), et aussi avec la diminution de la tonalité affective des hallucinations et des délires après lobotomie (Freeman et Watts) ;

5° il restera à rechercher aussi — aspect clinique délicat de ces recherches — quelle doit être la limite pratique de la répétition de séries d'électrochocs ; de quoi faut-il se contenter, que faut-il éviter de risquer ? L'électroencéphalogramme paraît devoir être là d'un contrôle précieux ; il est à noter que certains tracés suivant une deuxième série d'électrochocs intermittents sont plus troublés que ceux qui suivaient la première série, bien que l'amélioration clinique continue ; cela ramène au problème de la réversibilité clinique des états délirants et des corrélations éventuelles électroencéphalographiques de cette réversibilité ; cela soulève aussi le problème technique de l'interprétation d'électroencéphalogramme de délirants qui ont subi des électrochocs réitérés, à travers les déformations que ces derniers y ont laissées ;

6° un autre problème sera la recherche de l'étude de l'action spécifique des E.A. et des électrochocs et des corrélations des électroencéphalogrammes, ce qui pourra permettre ultérieurement la recherche d'une méthode moins empirique d'utilisation de l'une et de

l'autre ou des deux associées, et de l'action éventuellement élective de l'une ou de l'autre sur le diencéphale, le cortex ou le sous-cortex ;

7° de toute façon, un problème important est celui de la psychothérapie de la convalescence. Elle est nécessaire, car si elle n'atteint pas l'importance de la psychothérapie dans la convalescence d'une intervention cérébrale chirurgicale, elle a une importance assez grande pouvant conditionner en partie le résultat cherché. Parmi nos observations du deuxième groupe, le résultat quasi-spectaculaire de l'observation VIII a été obtenu aussi, pensons-nous, parce que, pour un ensemble de raisons, la psychothérapie de ce malade a pu être réalisée d'une façon très suivie, en collaboration avec une famille compréhensive, et en utilisant conjointement ou alternativement toute la gamme des modalités de psychothérapie (oubli imposé, persuasion, etc.).

Maladie d'Alzheimer ayant débuté à 38 ans. Hérédité chargée. Lésions particulièrement intenses du cortex cérébral, par MM. L. MARCHAND, P. SIVADON, Ph. KŒCHLIN et M^{me} J. MISES.

Début précoce, hérédité chargée, évolution rapide, crises d'épilepsie, lésions profondes et diffuses du cortex cérébral, telles sont les particularités qui concernent le cas de maladie d'Alzheimer que nous rapportons.

OBSERVATION. — Gabriel C..., âgé de 40 ans, entre dans le service de l'un de nous le 28 février 1952.

Antécédents héréditaires. — Nous n'avons malheureusement que fort peu de renseignements. Gabriel C... n'avait plus qu'une vieille tante, religieuse, ayant perdu de vue la famille depuis des années. Les autres parents sont disparus au cours d'un bombardement en 1944.

La mère et une tante maternelle ont été internées. La mère est décédée à Ville-Evrard en 1914 ; elle présentait vraisemblablement un affaiblissement intellectuel ; les archives ont été détruites et on n'a pu recueillir des renseignements sur son état.

Antécédents personnels. — Gabriel C... paraît avoir été un sujet intelligent, très apprécié dans son travail ; il se montrait adroit, il avait été mécanicien avant de tenir un café. Nous ignorons tout des affections qu'il aurait pu présenter. Aux dires des rares personnes qui l'ont connu, il n'avait jamais fait d'abus de boissons.

Il faut signaler des traumatismes émotionnels importants : le bombardement en 1944, où disparaît toute sa famille, tandis que lui-même, arrêté peu de temps après dans le maquis, condamné à mort, est grâcié devant le poteau d'exécution par un officier allemand qui l'avait connu jadis.

Histoire de la maladie. — Au début de 1950, à l'âge de 38 ans, il se plaint de troubles de la mémoire. Il avait de la difficulté à se retrouver dans la rue et égarait ses affaires personnelles. A la même époque, apparaissent des céphalées rebelles, qui le décident à consulter à l'hôpital de Bicêtre, le 15 décembre 1950. L'examen montre alors des troubles de la mémoire, du type amnésie de fixation. Les problèmes de soustraction les plus simples lui paraissent compliqués ; il est incapable de rendre la monnaie sur 100 fr. alors qu'il a tenu un café pendant des années. Il achoppe aux phrases d'épreuves.

A cette date, l'examen neurologique décèle une hyperréflexité tendineuse sans signe de Babinski ; l'examen ophtalmologique est négatif. Le liquide céphalo-rachidien est normal. L'urée est de 0 gr. 35 ; le Bordet-Wassermann est négatif. L'électro-encéphalogramme montre : un tracé altéré sans foyer (très légère prédominance pariétale gauche). Rythme alpha labile de 8 c./s., présence d'amples bouffées lentes de 4 c./s. et de pointes-ondes isolées occipito-pariétales, qui deviennent plus abondantes sous l'influence de l'hyperpnée. Pas d'asymétrie constatée entre les deux hémisphères.

Une encéphalographie gazeuse, pratiquée à titre thérapeutique, aurait été suivie d'une amélioration suffisante pour le libérer, mais insuffisante pour permettre la reprise du travail.

Il vit tant bien que mal à l'extérieur jusqu'au 23 février 1952, où sa logeuse se voit contrainte, par ses errances et son incurie, à le placer.

Un examen pratiqué à son entrée, le 28 février 1952, montre un état démentiel avancé avec troubles de la série aphaso-apraxy-agnosique. La démarche est hésitante, à petits pas, et il présente un tremblement continu à peine exagéré par le mouvement, prédominant aux mains et aux lèvres.

L'amnésie est globale, expliquant la pauvreté de l'anamnèse. L'amnésie de fixation est l'élément le plus marquant rendant difficile l'examen. A ceci s'ajoute une certaine conscience de sa déchéance ; il cherche à compenser sans arrêt ses troubles mnésiques et intellectuels. « Il lit le journal en le tenant à l'envers. » Fatigabilité extrême ; le déficit s'accroît au cours de l'examen. On note des éléments aphasiques avec anarthrie et réduction du stock des mots : acalculie totale. La compréhension du langage parlé est d'abord à peu près correcte ; les ordres simples sont exécutés. Puis l'examen se poursuivant, le déficit s'accroît, il devient incapable d'obéir aux mêmes ordres. La compréhension du langage écrit est nulle à différentes épreuves ; il ne peut lire le journal ou lit mais ne comprend pas. L'agraphie est à peu près complète. Il peut dessiner un triangle quand on le lui demande, puis il recommence à exécuter le même triangle quand on veut lui faire dessiner une maison.

L'orientation temporo-spatiale est défectueuse : il peut indiquer l'année, mais ni le jour, ni la saison. Il ne sait où il est et trouve difficilement la porte. Par ailleurs, il ne présente ni fausses reconnaissances, ni fabulation.

L'encéphalographie gazeuse, pratiquée le 6 juin 1952, montre une dilatation ventriculaire globale, prédominant au niveau des cornes frontales. Trois mois plus tard, il présente quelques crises d'épilepsie sans modification de l'électro-encéphalogramme. Celles-ci cèdent à 0 cgr. 20 de gardénal et de 0 cgr. 10 de dihydantoin.

Rapidement, l'état démentiel s'accroît. A partir d'août 1952, il devient gâteux. L'apraxie, légère lors du premier examen, s'aggrave au point qu'il

est nécessaire de le faire manger. Le langage parlé est devenu un bredouillement incompréhensible.

Il devient cachectique et meurt le 17 avril 1953, soit 14 mois après son entrée. Il est alors âgé de 42 ans.

Encéphale. Examen macroscopique. — A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule environ 300 cm³ de liquide céphalo-rachidien. Pie-mère légèrement congestionnée, n'est pas adhérente. Pas d'athérome des artères cérébrales.

Le cerveau est atrophié sans dilatation importante des ventricules. Les lobes frontaux le sont davantage, et surtout du côté droit. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Aucune lésion localisée. L'hémisphère droit pèse : 585 gr., le gauche : 570 gr. ; le cervelet et le bulbe : 170 gr.

Examen microscopique. — *Méninges* : la pie-mère, normalement vascularisée, ne présente aucun épaississement et ne contracte aucune adhérence avec le cortex. Les vaisseaux paraissent normaux.

Cortex : Dans le cortex réduit de volume, on peut encore reconnaître au Nissl les diverses couches. La plupart des grandes cellules pyramidales de Betz sont peu atrophiées, mais leur cytoplasma ne renferme que des granulations réduites en poussière ; leurs noyaux restent fortement colorés par les colorants de sorte que les nucléoles sont peu apparentes. La plupart des autres cellules corticales sont très atrophiées à des stades divers. A côté des éléments qui ont encore une forme pyramidale très allongée avec un cytoplasma à peine teinté, on en observe d'autres qui ont des formes irrégulières et qui ne sont plus formées que d'un noyau entouré d'une mince couche de protoplasma.

Au Van Gieson, état spongieux du cortex par atrophie du parenchyme et par infiltration de liquide céphalo-rachidien. Cet aspect est surtout prononcé à la partie la plus interne de la couche moléculaire, qui se présente sous la forme d'un délicat réseau de fibres. On note dans la substance blanche des zones arrondies, de petites dimensions, qui ont une coloration plus pâle que les parties avoisinantes et qui sont moins riches en noyaux. Souvent, ces zones sont centrées par un petit vaisseau. Autour des artérioles, dont les parois sont souvent épaissies, présence de nombreux corps granuleux sans réaction lympo-plasmocytaire.

Au Weigert-Pal, disparition presque totale des fibres tangentielles et de la strie de Baillarger. Dans la couche des fibres tangentielles, il ne persiste que quelques rares fibres moniliformes en voie de désintégration.

Par les méthodes à l'argent d'Hortéga et de Bielchowky, le cortex, et seulement le cortex, est le siège d'innombrables plaques séniles ; on en compte plus de cent dans un champ microscopique de grossissement moyen. Les plaques présentent diverses dimensions, allant de 60 μ à quelques μ . Elles restent cantonnées dans la substance grise ; dans la substance blanche, elles sont très rares.

Quelle que soit la région corticale examinée, on note un nombre considérable de cellules pyramidales, qui sont atteintes de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer. On peut estimer que plus de la moitié des cellules sont ainsi altérées ; la plupart ne sont plus représentées que par une seule fibrille qui épouse leur contour et cette lésion atteint les cellules des différentes

couches. Les cellules de Betz, quoique atrophiées, ne présentent pas cette lésion.

La sclérose névroglique intéresse l'ensemble des circonvolutions ; elle est représentée par des astrocytes volumineux avec prolongements fibrillaires nombreux et très fins ; la couche moléculaire et la substance blanche sous-corticale sont les régions les plus envahies par la sclérose névroglique.

Noyaux gris centraux et thalamus : Quelles que soient les zones examinées, les éléments cellulaires sont moins atrophiés que les cellules du cortex cérébral. Les noyaux restent uniformément colorés au Nissl et au Van Gieson et se détachent nettement du cytoplasma granuleux. Les cellules du globus pallidus sont peu altérées. On n'observe aucune plaque sénile dans les noyaux gris centraux. C'est seulement dans l'écorce de l'insula et de l'avant-mur qu'on en trouve quelques-unes, ainsi que des cellules atteintes de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer.

Aucune lésion de l'épendyme ventriculaire.

Cervelet : La pie-mère est normale. Les cellules de Purkinge sont légèrement diminuées de volume, mais aucune ne présente la lésion neuro-fibrillaire d'Alzheimer ; les corbeilles de fibrilles qui les entourent sont bien formées. Alors que le cortex cérébral est envahi de plaques séniles, on n'en observe aucune dans le cervelet.

Bulbe : Aucune lésion importante. Les cellules des nerfs craniens sont normales ainsi que les cellules des olives. Ependyme ventriculaire régulièrement disposé. Aucune dégénérescence fasciculaire, en particulier des pyramides.

Hypophyse : Congestion intense. Le parenchyme est parsemé de cellules chromophiles volumineuses acidophiles et basophiles, souvent groupées sous forme de nodules. Quelques globules de matière colloïde dans les vésicules.

En résumé, la maladie d'Alzheimer a débuté chez ce sujet à l'âge de 38 ans. On ne peut donc invoquer ni un processus sénile ou même présénile, ni l'artério-sclérose.

Les premiers symptômes ont consisté en troubles de la mémoire de fixation, en désorientation spatiale ; le malade s'est plaint de céphalées. La déchéance fut rapide. Au syndrome-aphaso-apraxy-agnosique se sont associés des troubles de la marche et un tremblement des extrémités. Des crises épileptiques sont apparues tardivement. La durée de la maladie a été de quatre ans.

Dans ce cas, comme dans la maladie de Pick, il y a lieu de noter le rôle de l'hérédité, puisque la mère et une tante maternelle du sujet ont présenté des troubles mentaux.

Le diagnostic clinique a été confirmé par l'examen nécropsique. A noter que l'atrophie cérébrale est diffuse ; elle est à peine plus marquée au niveau des lobes frontaux ; les ventricules latéraux sont peu augmentés de volume. Les constatations microscopiques méritent une attention spéciale. Quelles que soient les régions corticales examinées, on note par champ microscopique moyen une multitude innombrable de plaques séniles, d'autre part, un nombre si considérable de cellules ganglion-

naires corticales atteintes de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer qu'on peut estimer que plus de la moitié de ces éléments sont ainsi altérés. Cependant, dans les régions motrices, les cellules de Betz restent indemnes et c'est ce qui peut expliquer que les pyramides bulbaires ne présentent aucune dégénérescence. Remarque importante : plaques séniles et lésions neurofibrillaires corticales ne s'observent ni dans la substance blanche ni dans les noyaux gris centraux, ni dans le cervelet, ni dans le tronc cérébral. Ce processus lésionnel, qui survient sans cause externe chez un héréditaire, qui ne s'accompagne d'aucun caractère inflammatoire, ne peut être attribué qu'à une dégénérescence cellulaire par abiotrophie caractéristique des encéphaloses.

DISCUSSION

Mme Agnès MASSON. — La communication de M. Marchand a le mérite de ne pas avoir négligé la notion d'une émotion intense et de l'état de souffrance prolongée qui l'a précédée. Le ralentissement d'encéphalique des états de souffrance, en grande partie réversible et sans qu'on puisse parler de troubles mentaux à proprement parler, est à l'heure actuelle communément admis ; j'ai insisté moi-même récemment à plusieurs reprises sur cette notion, ici et ailleurs. Ce qui paraît vraisemblable pour le diencephale peut l'être aussi pour le cortex et le sous-cortex. Élément déclenchant ou élément adjuvant, l'état de souffrance peut également faciliter la manifestation (ou la hâter) de prédispositions héréditaires.

M. M. BACHET. — Cette observation est très impressionnante par sa précision. Bien que la précocité du début fasse partie du tableau clinique classique, elle s'ajoute aux arguments qui posent la question du rôle éventuel d'un choc émotif brutal et intense, bien que ce choc émotif ait eu lieu six ans avant le début apparent des troubles. M. Marchand insiste d'autre part, dans sa description anatomo-pathologique, sur la prédominance des lésions au niveau du cortex. Il s'agit peut-être d'une association étiologique : choc émotif très violent, terrain particulier. Je ne puis m'étendre sur les fréquentes conséquences lésionnelles de telles émotions, ni sur les variations des réactions conditionnées par le terrain. Une de mes malades a vécu en 1944 un épisode rigoureusement identique à celui du malade de M. Marchand. Lorsque la Gestapo la libéra, elle était couverte d'un psoriasis généralisé, semblant être apparu en quelques dizaines de minutes, alors que rien n'existait avant. Pendant cinq ans, cette éruption se reproduisait au mois de juin, anniversaire de l'émotion, pour disparaître au début de l'hiver ; ensuite, elle devint permanente pendant quatre ans, pour disparaître enfin après une émotion favorable.

M. X. ABÉLY. — Dans cette remarquable observation, intéressante à tant de titres, je noterai simplement un point particulier. Tandis que, généralement, les lésions de la maladie d'Alzheimer sont disséminées et atteignent notamment les noyaux sous-corticaux, elles sont ici exclusivement localisées au cortex cérébral. Certains symptômes rattachés aux altérations de ces noyaux et considérés comme faisant partie intégrante du syndrome (tels les itérations, les troubles de l'automatisme mimique) semblent avoir fait défaut dans le cas. Ils seraient donc contingents et la malade pourrait présenter une forme purement corticale, d'où ils seraient absents.

Psychoses amphétaminiques et pseudo-psychoses amphétaminiques, par MM. J. DELAY, P. PICHOT, Th. LEMFÉRIÈRE et R. SADOUN.

Le tableau clinique des états psychotiques provoqués par l'absorption massive et prolongée d'amphétamines est maintenant bien connu. Nous avons relevé dans la littérature 31 observations concernant des sujets ayant présenté des manifestations psychotiques à la suite de l'absorption de doses quotidiennes d'amphétamine supérieures à 50 milligrammes par jour, pendant des durées allant de un mois à 15 ans. Sans entrer dans le détail de la symptomatologie que nous exposerons dans un travail ultérieur, nous indiquerons seulement que la psychose toxique amphétaminique se manifeste essentiellement par un état confuso-anxieux, avec insomnie, hallucinations surtout auditives et visuelles, parfois tactiles (identiques à celles du cocaïnisme) et des idées délirantes à thème habituel de persécution. Le sevrage entraîne, dans un temps remarquablement bref de quelques jours, le retour à l'état psychique normal.

Or il existe dans la littérature quelques cas où l'intoxication amphétaminique a été, malgré le sevrage, suivie d'une psychose chronique. Tel est par exemple celui rapporté à cette société par MM. Pottier, Georgelin et du Couëdic en 1953, sous le titre de « psychose hallucinatoire par intoxication amphétaminique ». Nous pensons que ces cas, non exceptionnels, doivent être complètement séparés des psychoses amphétaminiques vraies, dont ils se distinguent à la fois par la symptomatologie et par l'évolution. Il s'agit habituellement de schizophrènes au début. Ces malades ont fréquemment une certaine conscience d'une baisse de leur efficacité et sont ainsi amenés à prendre des amphétamines pour lutter contre ce qu'ils considèrent comme une asthénie.

Le médicament peut, à cette phase, avoir une efficacité réelle. Si, en effet, comme nous l'avons montré dans une série de travaux antérieurs sur le choc amphétaminique (1), l'injection intra-veineuse d'amphétamine à forte dose (30 mgr. de méthamphétamine dextrogyre) provoque habituellement chez les schizophrènes une aggravation des idées délirantes et du syndrome catatonique, l'ingestion d'amphétamine a une action favorable sur la composante asthénique et apragmatique. Meyer-son avait il y a longtemps signalé l'intérêt thérapeutique de la drogue chez les schizophrènes après insulinothérapie, lorsque le syndrome résiduel était dominé par une asthénie. Mais le schizophrène au début va voir rapidement s'épuiser l'action du produit et est ainsi amené à augmenter progressivement les doses. Il est possible que, s'il arrive à

(1) J. DELAY, P. PICHOT, et B. ROMANET : Le choc amphétaminique. Etude clinique de l'action du chlorhydrate de méthyl-amphétamine dextrogyre. *Bulletin-Mémoire Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1948, 308-323.

ingérer des doses élevées, puisse se produire l'exagération de la symptomatologie délirante que nous avons signalée sous choc amphétaminique. C'est souvent dans ces conditions que l'on est amené à examiner le malade. Il est alors indispensable par un examen minutieux de la symptomatologie de faire la part de ce qui revient à la psychose sous-jacente et de ce qui est dû aux amphétamines. La persistance de troubles psychiques quelques jours après le sevrage doit pratiquement faire éliminer le diagnostic de psychose amphétaminique. Habituellement, on assiste à une disparition de certains symptômes tels que l'insomnie, qui est habituellement due aux amphétamines. Les hallucinations, l'anxiété, peuvent perdre de leur intensité dans la mesure où elles avaient été exagérées par l'intoxication, mais la structure psychotique persiste, comme le prouve l'évolution.

Les trois observations suivantes nous paraissent illustrer ce groupe de faits.

OBSERVATION N° 1. — Mlle To..., 29 ans, auxiliaire familiale, entre au service libre de la clinique en octobre 1953, avec le diagnostic de psychose amphétaminique.

C'est à l'occasion du réveillon de Noël, en 1948, qu'elle prend pour la première fois du sulfate d'amphétamine racémique. A cette époque, elle était continuellement lasse, somnolente, incapable d'assurer son service dans la famille où elle était placée. Séduite par les effets du médicament, qui la rendent euphorique et pleine d'entrain, elle prend l'habitude d'en ingérer chaque jour, mais est rapidement obligée d'augmenter les doses. Au bout de quatre mois, elle absorbe quotidiennement 30 comprimés de 5 mgr. de sulfate racémique. Au bout d'un an, elle arrive à prendre 100 comprimés. En 1950, elle fait une première tentative de sevrage mais elle reprend bientôt du médicament à dose progressivement croissante. Nouvel essai d'interruption en décembre de la même année, mais en septembre 1951 la malade reprend ses habitudes. En septembre 1952, elle change de produit et utilise le tartrate d'amphétamine dextrogyre, dont elle ingère rapidement deux boîtes par jour. En 1953, elle recommence à prendre du sulfate racémique et, dans les semaines qui ont précédé son admission, elle avait atteint la dose énorme de 150 comprimés (750 mgr. *pro die*).

On trouve chez cette malade une correspondance remarquable entre les épisodes évolutifs d'une psychose et la prise du toxique. L'impression de mieux-être, d'euphorie du début ne dure pas et la malade, pour combattre une asthénie grandissante, est obligée d'augmenter rapidement les doses. Au bout de trois mois surviennent des modifications importantes du caractère avec sensation d'isolement, anxiété, et des préoccupations morales et métaphysiques tout à fait inhabituelles. En même temps, se situe une période d'hyperactivité sexuelle motivée, aux dires de la malade, par la recherche du « vrai bonheur ». Quelques semaines plus tard apparaissent des hallucinations auditives et des idées délirantes d'interprétation : un certain Michel la poursuit de ses assiduités, tout le monde le sait, on lui en fait la remarque, on connaît ses pensées, on l'influence.

L'évolution de ces troubles s'accompagne évidemment d'un apragmatisme de plus en plus marqué et la malade, autrefois travailleuse et appréciée de

ses patrons, erre de place en place. Au bout de plusieurs mois survient une rémission, au cours de laquelle la malade arrête de prendre des amphétamines. Ultérieurement et à deux reprises elle en reprend à la dose de 40 comprimés de sulfate racémique par jour sans survenue d'aucun trouble. En mars 1953, les voix réapparaissent brusquement, la malade reprend alors de façon continue ses habitudes toxicomaniaques ; cette nouvelle phase d'activité psycho-sensorielle s'accompagne de nouvelles réactions anxieuses et assez vite s'installe un état dépressif qui la pousse à augmenter considérablement les doses de toxique (jusqu'à 150 comprimés) dans un but avoué de suicide. C'est dans ces conditions qu'elle est admise au service libre.

A l'examen, il s'agit manifestement d'une psychose hallucinatoire avec syndrome d'automatisme mental, hallucinations auditives et cénesthésiques, interprétations délirantes et idées récentes de persécution. Par ailleurs, quelques idées dépressives. La malade garde une conscience relative de ses troubles et reconnaît qu'elle a pris des amphétamines pour lutter contre les manifestations de sa maladie. Sortie du service libre contre avis médical après une mise en observation de deux mois, au cours de laquelle on n'a pas constaté, malgré le sevrage, de rétrocession des signes, la malade a repris rapidement son intoxication et fait la veille de Noël une tentative de suicide par l'absorption de 1 gr. 5 de gardénal, qui a convaincu sa famille de la nécessité de la placer volontairement. Fait à remarquer, la prise massive d'amphétamine n'a jamais provoqué chez elle d'insomnie.

En conclusion, il s'agit d'une malade qui a commencé à ingérer du sulfate d'amphétamine racémique pour lutter contre les symptômes de début d'un état psychotique. La maladie a évolué indépendamment de la prise du toxique et ne peut être rapportée à elle en aucune façon. Chaque augmentation des doses a correspondu à une poussée évolutive et des rémissions se sont produites en pleine période d'absorption massive. Le sevrage, lors d'une première hospitalisation, n'a entraîné aucune amélioration, et la malade, peu après sa sortie, a fait une tentative de suicide par les barbituriques au cours d'un raptus anxieux soutenu par une exaltation de l'activité délirante.

OBSERVATION N° 2. — M. B..., 29 ans, compositeur de musique, entre dans le service pour la première fois à la fin de 1950, dans un état de subconfusion mentale avec désorientation, perplexité, entrecoupé de phases d'agitation anxieuse avec colères violentes. Il semble s'agir d'un état d'origine toxique ; le malade avoue boire deux à trois litres de vin par jour et reconnaît prendre quotidiennement jusqu'à 160 comprimés (416 mgr.) de tartrate d'amphétamine dextrogyre. Il existe, à côté de l'état confusionnel, des manifestations psycho-sensorielles plus ou moins critiquées à type d'hallucinations auditives et une ébauche de syndrome d'influence avec surtout, lors des moments de fatigue, un contact difficile, une pensée floue, sans troubles du cours de la pensée à proprement parler. L'épisode aigu qui a motivé l'internement s'est installé assez rapidement, en quelques jours, sur un fond de dépression datant de plusieurs mois et au cours duquel le malade s'est adonné à ses habitudes toxicomaniaques. Comme dans d'autres cas on trouve, au début de la prise du médicament, une période de surmenage, l'obligation

de beaucoup travailler et l'essai des amphétamines pour pallier à l'incapacité de faire face à ses obligations professionnelles. Malgré des doses importantes de tartrate d'amphétamine dextrogyre et l'ingestion de trois litres de vin par jour en moyenne, l'asthénie physique et psychique du malade persiste et s'accroît, le malade devient anorexique, insomniaque, et finalement surviennent de façon brutale les troubles qui ont motivé l'internement.

Trois mois après sa première entrée, le malade sort très amélioré, les manifestations psycho-sensorielles semblent avoir disparu, l'orientation est bonne. Très rapidement cependant, les troubles réapparaissent, les idées délirantes reviennent et le malade reprend ses habitudes éthyliques et absorbe à nouveau des amphétamines, mais cette fois sous forme de sulfate racémique. Les troubles du caractère et du comportement s'accroissent. Le malade est de plus en plus renfermé, s'isole, est incapable de produire quoi que ce soit, devient très difficile à supporter par son entourage, demande le divorce, se brouille avec ses amis. Rapidement, il mène une vie lamentable d'épave sociale ; en 1952, il est condamné trois fois pour « filouterie d'aliments » et, peu de temps avant sa deuxième admission, encourt une quatrième condamnation pour émission de chèque sans provision. Au début de 1953, son état s'aggrave assez brusquement, les idées de persécution se précisent et le malade est placé d'office, à la suite d'un scandale causé au cours d'une ivresse excito-motrice. Lors de son deuxième séjour dans le service, les signes confirment les présomptions de schizophrénie que l'on avait eues lors du premier internement. Il existe des troubles nets du cours de la pensée, le sentiment d'une modification de la personnalité, une impression de grande puissance créatrice contrastant avec un apragmatisme total. On note par ailleurs des hallucinations auditives et des idées délirantes de persécution. Le comportement est très autistique. Une cure de Sakel de 40 comas provoque une très bonne amélioration. Ce malade est actuellement sorti du service et son état semble plus durablement transformé que la première fois, où la reprise des troubles avait été quasi-immédiate.

En conclusion, il s'agit d'un malade qui s'est présenté lors d'un premier internement comme un intoxiqué mixte aux amphétamines et à l'alcool et qui, en fait, a été conduit à prendre des doses massives d'amphétamines pour combattre un déficit dont il avait une certaine confiance et qui le rendait incapable de faire face à ses obligations. L'évolution a confirmé le diagnostic de psychose au début et deux ans plus tard, le malade est revenu dans le service avec un état schizophrénique qu'une cure de Sakel a durablement amélioré.

OBSERVATION N° 3. — Mlle T..., 21 ans, musicienne, est conduite à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police à la suite d'une démarche qu'elle avait faite dans un commissariat pour demander des conseils sur sa carrière artistique. De caractère chimérique et décrite par sa famille comme déséquilibrée depuis l'enfance, cette jeune fille décide à 15 ans de devenir pianiste ; elle se met alors à travailler son instrument, vient à Paris, suit des cours et tombe amoureuse de son professeur. Pendant les deux premières années de ses études, elle vit difficilement, en désaccord avec sa mère, veuve depuis peu, et qui est hostile à son projet de devenir artiste. Dès le début

de son séjour à Paris, elle prend du tartrate d'amphétamine dextrogyre sur les conseils de camarades, pour arriver à travailler. Elle est nerveuse, originale, dispersée, incapable malgré un réel talent de faire un effort suivi. Quelques mois avant son internement, sa mère vient la voir et trouve dans la chambre qu'elle habite, et où elle étudie son piano, plus de 200 boîtes de tartrate d'amphétamine dextrogyre vides. Progressivement, les difficultés de la malade s'accroissent, elle ne dort plus, mange peu, maigrit, souffre de la tête et lutte désespérément en absorbant des doses importantes de médicament pour réussir l'examen de musique qu'elle doit passer à la fin de l'année. Lorsqu'on interroge la malade sur les faits précis qui l'ont poussée à abuser des amphétamines, elle dit spontanément qu'elle essayait de perdre le moins de temps possible et qu'elle arrivait ainsi à faire jusqu'à 18 heures par jour d'exercices de vélocité, mais reconnaît qu'il lui était de plus en plus difficile d'effectuer un travail réel et qu'elle n'arrivait pas à se plier à la discipline qu'exige la virtuosité. Dans les semaines qui ont précédé l'internement sont apparues des idées de persécution. Lors de son hospitalisation, la malade se présente dans un état d'agitation désordonnée avec une logorrhée interminable, qui souligne un bégaiement très prononcé. Anxieuse, désorientée, réticente, elle présente des alternatives de phases d'excitation, où elle extériorise son anxiété au milieu de protestations d'épouvante et de phases de calme relatif pendant lesquelles elle essaie, mais en vain, d'expliquer rationnellement les raisons de son comportement. D'emblée, l'éventualité d'un état schizophrénique est évoqué mais cependant, devant l'apparition des troubles au décours d'une longue période de surmenage intellectuel et physique, pendant laquelle la malade avait ingéré en moyenne une boîte de tartrate d'amphétamine dextrogyre par jour, la possibilité d'un tableau d'allure schizophrénique d'origine toxique a été envisagée. En fait, le sevrage — bien supporté — et l'administration de sédatifs ont eu pour résultat de calmer l'agitation et l'anxiété mais d'extérioriser plus nettement les troubles du cours de la pensée, la discordance, les modifications de l'affectivité.

Suivie dans notre service pendant six mois et traitée par une cure d'insuline, cette malade s'est améliorée très sensiblement et nous avons pu, sous toutes réserves, accéder au désir de sa mère de la ramener chez elle, en province, et de faire une tentative de réadaptation sociale loin des circonstances traumatisantes existant au moment du déclenchement des troubles. Rapidement et comme on pouvait s'y attendre, les symptômes ont réapparu, l'humeur s'est modifiée, l'hostilité vis-à-vis de la mère a repris ainsi que les idées de persécution. L'apragmatisme, les troubles du comportement ont été à nouveau en s'accroissant sans reprise des habitudes de toxicomanie amphétaminique et finalement, un peu plus d'un an après sa sortie de notre service, il a été nécessaire d'envisager une nouvelle hospitalisation dans un hôpital psychiatrique de province, où une nouvelle cure d'insuline a été entreprise.

En conclusion, il s'agit d'une malade qui a été amenée à prendre pendant plusieurs mois des doses massives de tartrate d'amphétamine dextrogyre pour lutter contre l'installation de troubles mentaux de type schizophrénique qui la rendaient de plus en plus incapable de faire face à ses obligations de travail. Ici, le tableau clinique lors de l'entrée

à l'hôpital était d'emblée évocateur de schizophrénie et le sevrage n'a fait que confirmer la nature réelle des troubles.

Les trois cas que nous venons de rapporter nous paraissent caractéristiques de faits assez fréquents que l'on peut classer sous le nom de « pseudo-psychoses amphétaminiques des schizophrènes ». Dans nos trois cas, en effet, il apparaît nettement que c'est pour lutter contre la baisse de rendement intellectuel contemporaine du début de l'affection mentale que les malades ont été amenés à ingérer des doses progressivement croissantes d'amphétamine. Particulièrement significative sur ce point est notre observation 1, où l'augmentation des doses a correspondu aux poussées évolutives de la maladie et où des rémissions se sont produites en pleine période d'absorption massive et malgré celle-ci. Il est probable que la symptomatologie psychotique puisse recevoir une coloration particulière de cet appoint toxique. Dans notre observation 3, l'insomnie, l'amaigrissement, l'excitation anxieuse sont probablement à rapporter à cette étiologie. Il n'en reste pas moins que le tableau clinique dans tous ces cas ne rappelle que de loin la véritable psychose amphétaminique et l'évolution chez nos trois malades a confirmé notre diagnostic.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur ces faits actuellement assez fréquents et qui doivent inciter à faire le diagnostic de psychose amphétaminique avec la plus grande prudence. La seule coexistence d'un état psychotique et d'une absorption massive d'amphétamines ne suffit pas. Dans les cas douteux, la persistance de symptômes psychotiques quelques jours après le sevrage doit faire suspecter l'existence d'un état psychotique sous-jacent et réserver le pronostic.

DISCUSSION

M. M. BACHET. — Ces cas sont très instructifs à de nombreux points de vue. On peut comparer ces sujets, absorbant plusieurs centaines de comprimés quotidiennement et pendant longtemps, à ceux qui sont absolument intolérants à un seul comprimé. D'autre part, ces observations comme d'autres voisines paraissent bien indiquer que les cas d'hypertension artérielle juvénile avec néphrite azotémique attribués à l'absorption prolongée d'amphétamines (une centaine de mgr. par jour pendant quelques mois), n'ont pu survenir que sur certains terrains et que l'amphétamine n'était très vraisemblablement pas seule en cause. Bien qu'il s'agisse ici de psychoses pseudo-amphétaminiques, la ressemblance de ces intoxications avec la cocaïnomanie est encore soulignée.

Cependant, il semble bien que la désintoxication soit beaucoup plus facile et que la tendance à la récurrence soit beaucoup moins grande que pour la cocaïnomanie puisque, chez l'une des malades, un geste-suicide ou un geste-oubli par intoxication barbiturique a suffi à guérir l'anxiété et l'accoutumance. Par ailleurs, j'ai observé à Fresnes des délinquants encore assez peu nombreux ayant fait un usage épisodique de maxiton, à des doses, il est vrai, qui ne dépassaient jamais huit à douze comprimés quotidiens.

Cette intoxication semble d'ailleurs, jusqu'à maintenant tout au moins, assez peu prise, beaucoup moins que l'alcool sous forme de « pastis », ou même que le haschich dans certains milieux.

M. X. ABÉLY. — Les observations qui viennent de nous être présentées montrent bien l'existence de pseudopsychoses amphétaminiques se développant sur des syndromes hallucinatoires ou schizophréniques, dont la drogue modifie simplement le cours. Il est cependant remarquable de constater que l'intoxication, lorsqu'elle est intense et prolongée détermine, à elle seule, avec une réelle électivité, des délires d'influence et des états d'apparence dissociative. La plupart des auteurs admettent que ces symptômes disparaissent avec le sevrage. Je ne suis pas aussi optimiste. Sans doute, cette évolution favorable est la plus commune. Mais j'ai eu l'occasion d'observer des cas de ce genre, chez des sujets probablement prédisposés, qui paraissent bien s'acheminer vers la stabilité malgré la désintoxication. On peut se demander si le toxique pris longtemps à doses fortes ne peut pas créer les perturbations organiques durables, propres à ces syndromes.

Un cas d'aphasie infantile congénitale,
par MM. G. HEUYER, Y. ROUMAJON et M^{me} J. ROUSSEAU

L'enfant que nous avons l'honneur de vous présenter est atteinte d'hémiplégie congénitale. Elle a présenté en outre une absence quasi-totale de langage telle que l'on a pu porter le diagnostic d'aphasie.

L'opinion de Pierre Marie, qui niait l'aphasie infantile, a trouvé depuis longtemps des contradicteurs. En 1898, Mlle Bélianine consacre sa thèse aux troubles de la parole dans les hémiplégies congénitales ; malheureusement, les observations en sont d'inégale valeur, et il faut attendre 1932 pour avoir un cas plus précis de Roussy et Mlle Lévy. Viennent ensuite en 1944 une observation de Hécaen et Anglade, puis deux autres que M. Heuyer a publiées et qui ont fait l'objet des thèses de Roumajon et de Le Quintrec.

Il s'agit aujourd'hui d'une petite fille, Eliane H., qui vient consulter dans le service en mai 1952 parce que, âgée de 4 ans et 4 mois, elle ne parle pas couramment.

Dans les antécédents héréditaires de cette enfant, on note : d'une part, un premier développement psycho-moteur assez tardif chez la mère (marche à 18 mois, premières phrases à 3 ans) ; d'autre part, une gaucherie chez le père et le grand-père paternel.

Eliane a un frère de 17 ans, bien portant.

Voici maintenant ses antécédents personnels : grossesse de la mère à peu près bien supportée avec quelques pertes sanglantes 15 jours avant l'accouchement. La naissance a été normale, sans intervention ; l'enfant a crié tout de suite et rien n'a attiré l'attention dans son premier développement jusqu'à la préhension des objets. A ce moment, les parents se sont aperçus que l'enfant ne se servait pas de sa main droite, mais ont attribué cela à la gaucherie familiale. Ils s'alarment quand, à 8 mois, se mettant debout, Eliane ne pose son pied droit sur le sol que par la pointe. A un an, le diagnostic d'hémiplégie infantile est posé. Remarquons que, pendant toute cette première année, l'enfant n'a présenté aucun épisode fébrile qui puisse évoquer un processus encéphalitique ou méningé ; elle n'a pas subi de traumatisme.

Il semble donc bien que, malgré les circonstances normales qui ont entouré sa naissance, il s'agisse ici d'une atteinte congénitale.

Le diagnostic d'hémiplégie posé, on pratique une série de séances d'ionisation calcique. La marche qui, apparue à 14 mois, s'était arrêtée, gênée par la rétraction du tendon d'Achille, reprend après une intervention chirurgicale.

Par ailleurs, pendant ce temps, bien que cette enfant semble, dans son comportement, d'une intelligence normale, son développement linguistique n'avance pas ; elle en reste à « papa » et « maman », auxquels se joint « non » quand elle atteint 2 ans. Son comportement caractériel est normal.

C'est ce retard de parole qui motive la première consultation dans le service en mai 1952, Eliane étant âgée de 4 ans et 4 mois. Le test de Binet-Simon est impossible à pratiquer mais, au Borel-Maisonny, l'âge mental se situe aux environs de 3 ans et demi, avec un retard sur l'âge réel qui n'atteint donc pas un an. On conseille à cette enfant une rééducation de la parole qui n'est d'abord suivie que très irrégulièrement. Il faut attendre le mois d'octobre dernier pour pouvoir la reprendre en mains ; elle a 5 ans 9 mois.

L'examen neurologique met en évidence des signes persistants d'hémiplégie : gêne de la marche, diminution de la force musculaire à droite, légère atrophie musculaire, vivacité des réflexes et signe de Babinski à droite ; léger reliquat de paralysie faciale. Il existe en outre une hypotonie généralisée, mais moins nette à droite. D'autre part, la face très arrondie, l'embonpoint généralisé évoquent chez Eliane une perturbation endocrinienne du type hypo-thyroïdien ; le métabolisme de base n'a pu être pratiqué, étant donné son agitation à cet examen.

Le tracé électro-encéphalographique est très poly-rythmique, sans signes de localisation ; l'entraînement à la stimulation lumineuse intermittente est plus net à gauche.

Par ailleurs, l'audition de cette enfant est normale.

Devant ce tableau clinique, en même temps que l'on soumet Eliane à des séances de rééducation de la parole, on essaie d'approfondir la nature de ses troubles par différentes épreuves.

Le Merrill-Palmer permet d'évaluer le niveau mental à 4 ans 9 mois à peu près ; l'enfant, évidemment, ne réussit pas les épreuves verbales ; elle est d'autre part assez lente, bien que capable d'apprentissage, comme le montre l'amélioration aux essais successifs ; deux tests faits à quelques mois d'intervalle ont permis de constater des progrès très nets portant surtout sur la vision des formes sans signification.

Les tests de Goldstein, une épreuve rythmique, l'épreuve de Piaget, les épreuves de Bender et de Goodenough mettent en évidence d'importantes perturbations dans les domaines : de l'intégration temporo-spatiale ; de la fonction catégorielle, de la notion de classe ; de la fonction symbolique.

Cet ensemble est évidemment très évocateur du tableau aphasique, ce que nous confirmera l'examen du langage.

Avant la rééducation : le langage spontané était pratiquement nul ; l'enfant n'émettait aucun mot, aucune vocalisation rythmique ; elle était écholalique avec de gros troubles de la prononciation ; le niveau de réalisation du langage était donc inférieur à 1 an ; le niveau de compréhension par contre se situait aux environs de un an, un an et demi, avec, par conséquent, un certain décalage. Le niveau linguistique était, en tout cas, très en retard sur l'âge mental.

Au cours de la rééducation : l'impression qui dominait était celle de troubles massifs bien différents de ceux qui appartiennent au retard simple de langage, par exemple. La fonction symbolique semblait particulièrement troublée chez cette enfant, ceci se manifestant par des erreurs persistantes dans la dénomination des images. En outre, tout ce qui touchait à l'abstraction : désignation des couleurs, notion de position, etc..., a été péniblement acquis, encore imparfaitement d'ailleurs.

Actuellement : des progrès ont été faits ; l'enfant dispose d'un certain langage spontané ; son niveau linguistique se situe aux environs de 2 ans ; il existe de très gros troubles de l'articulation.

En résumé, il s'agit ici d'un cas à propos duquel la coexistence d'une hémiplégie, de troubles de la parole, d'un niveau intellectuel subnormal et de troubles intellectuels évoquant les processus de désintégration linguistique chez l'adulte, semble autoriser à porter le diagnostic d'aphasie infantile congénitale. Il est à remarquer qu'ici, et bien que la rééducation soit lente et laborieuse, le pronostic, compte tenu du niveau mental, paraît moins sombre qu'il ne l'est d'habitude dans les cas semblables, ce que l'on peut attribuer, nous semble-t-il, au fait que cette éducation du langage a été entreprise très précocement.

Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité (nouvelle observation). Anxiété délirante paroxystique régulièrement parallèle aux poussées hypertensives, par MM. Paul ABÉLY, Cl. BLANC, G. de BAUDOIN et B. JOLIVET.

Le problème des mécanismes biologiques de commande de la régulation de l'affectivité est une des questions les plus complexes et les plus captivantes de la psychologie normale et pathologique. Dans plusieurs travaux antérieurs, dont l'un en collaboration avec A. Assailly et B. Laine, l'un de nous a étudié du point de vue clinique, physiologique et expérimental les facteurs vasculaires, neurovégétatifs et endocriniens qui contrôlent l'équilibre affectif. L'analyse de ces facteurs et de leurs perturbations en pathologie apparaît chaque jour susceptibles d'applications plus étendues à la clinique psychiatrique. Elle s'est révélée, entre autres, particulièrement fructueuse du point de vue thérapeutique et théorique dans l'étude des syndromes mélancoliques.

Nous présentons aujourd'hui une nouvelle observation clinique et biologique qui met en évidence l'importance déterminante des facteurs vasculaires et endocriniens dans la symptomatologie mélancolique anxieuse et délirante d'une psychose de la ménopause.

OBSERVATION. — Mme B..., âgée de 49 ans, entre dans le service le 14 décembre 1953. Elle présente un syndrome mélancolique délirant avec idées de dépréciation personnelle (elle est bête, elle a des idées absurdes) et de per-

sécution (on se moque d'elle, on lui veut du mal). Elle présente des *paroxysmes d'anxiété* très vive avec *productions délirantes* toujours identiques (on la filme, les vitres des fenêtres ont un aspect anormal, il y a quelqu'un derrière qui l'observe, photographie ses moindres gestes). Cette anxiété délirante s'accompagne d'agitation. Mme B... supplie qu'on fasse cesser ce manège. Elle s'enfouit sous ses couvertures pour se protéger.

L'examen neurologique est négatif.

Il existe une hypertension artérielle considérable, portant sur la maxima qui est à 31, et la minima à 18. Le pouls est instable, il atteint par instant 115-120. Dans les antécédents de cette malade on note : une paratyphoïde contractée en 1947. Un arrêt des règles depuis 1951, précédé d'une longue phase préménopausique marquée par des règles irrégulières et douloureuses, des bouffées de chaleur, surtout des troubles psychiques : mélancolie intermittente depuis 1948, ayant motivé deux internements. En 1948, la tension artérielle était à 20/11. Dans son existence antérieure à cette date, la malade n'a jamais présenté de manifestations psychopathiques. Entre 1948 et 1951, c'est-à-dire pendant la période qui a séparé ses deux premiers accès mélancoliques, elle a repris son travail. Elle est gardienne d'enfants.

En résumé, notre malade présente un *syndrome de mélancolie anxieuse délirante de la ménopause*, à manifestations intermittentes, associé à une *hypertension artérielle très grave*.

Cette hypertension, avec une maxima oscillant entre 26 et 31, posait un problème d'urgence. Nous avons orienté nos examens biologiques à la recherche de l'étiologie de cette hypertension.

Nous avons envisagé d'abord une hypertension d'origine rénale, mais l'urée sanguine est à 0 gr. 43, la constante d'Ambard à 0,009, l'élimination de la phénolsulfone-phthaléine est normale. Il n'existe ni albuminurie, ni cylindres granuleux.

Nous avons pensé à une hypertension d'origine endocrinienne, comme on en observe fréquemment au cours des syndromes de la ménopause. Hypertension d'origine cortico-surrénale, par dérivation des stimulines hypophysaires sur cette glande ou hypertension thyroïdienne par stimulation thyroïdienne — mécanismes fréquemment observés au cours de la période post-ménopausique. Les 17-cétostéroïdes sont à 7 mgr. 5 par 24 heures. Les 11-cétostéroïdes à 0 mgr. 50 par 24 heures, chiffres dans les limites du normal.

Cliniquement, il existe quelques signes d'hyperthyroïdie (léger gonflement du corps thyroïde, tremblement). Le métabolisme basal est légèrement augmenté, + 5,7 %. Notre patiente présente par contre des signes d'artériosclérose alarmants : grosses altérations des artères rétinienne, qui sont rétrécies, présentant de nombreux étranglements. Signe du croisement très accentué. La tension artérielle est très élevée en rapport avec la diastolique humérale, 100 mm.

Il existe d'autre part une hypercholestérolémie à 2 gr. 48. Le facteur athérome est un élément fondamental à retenir dans l'étiologie de cette hypertension.

Devant les oscillations paroxystiques de cette hypertension, nous avons pensé à une étiologie médullo-surrénale possible et en particulier à un phéochromocytome hypertensif.

A la radiographie, on ne retrouve pas de calcifications au niveau des capsules surrénales. Nous n'avons pas pratiqué les épreuves pharmacodyna-

miques aux sympatholytiques de synthèse (benzodioxane) ou à la dibénamide, afin de ne pas exposer une hypertension aussi grave aux dangers de la décompression tensionnelle brutale que ne manquent pas de provoquer ces produits.

Nous nous sommes donc arrêtés au diagnostic d'hypertension relevant d'une *artériosclérose grave latente décompensée par les perturbations neuro-végétatives et endocriniennes de la ménopause*. Nous avons mis immédiatement en œuvre une thérapeutique endocrinienne, puis neuroplégique antispasmodique.

D'une part, plusieurs injections couplées de : benzogynœstryl, lutogyl, stérandryl, aux dosages 5-10-25 mgr., selon la technique utilisée dans le service. 48 heures après la première injection, la tension artérielle systolique baisse de 4 unités, passant de 31 à 27.

Nous avons utilisé d'autre part une *thérapeutique neuroplégique et antispasmodique* énergique instituée de façon progressive, afin d'éviter toute décompression tensionnelle trop brutale. Au bout de trois jours de traitement, nous avons atteint les doses suivantes : 4560 R.P. = 0 gr. 10 ; tétranium = 5 cm³ ; eunoctal = 0 gr. 20 ; papavérine = 0,15.

L'effet est spectaculaire. La tension artérielle passe de 31/19 à 24/16, puis à 17/8 en l'espace de trois jours. Pouls : 84. Réflexe oculo-cardiaque : 84-66.

La malade est décontractée, son anxiété est apaisée. Elle reste légèrement déprimée et conserve un certain degré de ralentissement, mais ses idées délirantes ont disparu : « C'est fini, nous dit-elle, on ne me filme plus ; je me sens mieux. » Les phénomènes délirants eux-mêmes n'existent plus, mais il n'y a pas rectification de la certitude délirante antérieure.

Mme B... pense avoir été effectivement épiée, photographiée, filmée, et nous demande de lui donner l'assurance que plus jamais pareils sévices ne se reproduiront.

Les autres idées délirantes de dépréciation et de persécution ont disparu et sont rectifiées : « Je ne comprends pas, nous dit-elle, comment j'ai pu dire des choses aussi bêtes. » Devant ce résultat spectaculaire, nous avons fait une contre-épreuve : suspension de la thérapeutique neuroplégique au bout de dix jours.

48 heures après l'arrêt du traitement, réapparition d'un grand syndrome d'agitation anxieuse avec idées délirantes obsédantes. Toujours le même thème : on la photographie. Le délire est alimenté à la fois par des interprétations pathologiques (les vitres ont un aspect anormal, il y a quelqu'un derrière avec un appareil) et des pseudo-hallucinations (ça se passe à la fois au dehors et dans mon cerveau).

La tension artérielle est remontée à 27/15. Grosse dystonie neuro-végétative. Pouls instable avec des phases d'accélération à 120. Réflexe oculo-cardiaque : 120/90. Alternatives de congestion faciale et de pâleur. Nous suivons cette malade depuis plusieurs semaines. Ses crises d'anxiété délirante se sont répétées trois ou quatre fois. Elles sont rigoureusement parallèles aux poussées hypertensives et à chaque accès grâce au traitement neuroplégique, la symptomatologie psychiatrique et l'hypertension disparaissent ensemble.

C'est sur cet aspect particulier de cette observation complexe que nous voulons insister. Anxiété délirante et paroxysmes hypertensifs sont en corrélation directe, évoluent de façon synchrone. Le spasme affectif et le spasme vasculaire apparaissent et disparaissent ensemble.

Cette observation nous semble une illustration concrète de l'importance des facteurs vasculaires et de leurs commandes neurovégétatives et hormonales sur la régulation de l'affectivité et des fonctions psychiques. Cette malade a décompensé une hypertension artériopathique latente à l'occasion des perturbations endocriniennes post-ménopausiques. L'un de nous a insisté sur l'importance de la libération de l'antéhypophyse brutalement privée du frein des œstrogènes et sur le rôle de ce mécanisme dans la pathogénie des syndromes mélancoliques. Cette libération hypophysaire se manifeste habituellement sous deux formes : dérivation des stimulines hypophysaires vers des secteurs thyroïdiques et corticotropes. Retentissement sur le diencéphale et le cortex frontal par la mise en jeu du couple hypophyso-diencéphalique. Le premier mécanisme ne nous semble pas être déterminant dans notre observation, où il n'existe pas de graves perturbations surrénaliennes ou thyroïdiennes. Le second mécanisme nous semble par contre à envisager. L'un de nous a insisté déjà sur l'importance qu'il faut attacher au cortex pré-frontal et à son hyperémie dans la pathogénie des phénomènes mélancoliques. Alors que pour la manie, les expériences de Feerster et Gagel sont tout à fait démonstratives, on n'a jamais réussi à reproduire un syndrome mélancolique authentique par stimulation de l'hypothalamus. Il semble que le diencéphale serve de chaînon ou de relais entre l'antéhypophyse et le cortex préfrontal dont la perturbation paraît jouer un grand rôle dans la genèse des syndromes mélancoliques, en particulier dans leur superstructure anxieuse et délirante. Ces données, qui ont pu paraître osées il y a quelques années, se trouvent affirmées par les descriptions du cerveau végétatif par les neurophysiologistes (P. Maclean, Kaada, Pribram, Fulton, 1953). Les structures du lobe frontal (gyrus orbitaire, gyrus cingulaire antérieur) en sont les constituants essentiels en étroite connexion avec les structures diencéphaliques dont elles constituent l'arborisation corticale. Les résultats heureux obtenus sur les états d'anxiété pathologiques par certaines interventions neurochirurgicales et par les injections intracérébrales semblent devoir être attribués à la mise hors circuit de ces structures préfrontales.

Les formations frontales du cerveau végétatif jouent un rôle considérable dans le contrôle et la régulation du tonus neuro-végétatif et de la tension artérielle. Des chutes tensionnelles spectaculaires ont été observées après lobotomie dans les hypertensions artérielles graves. Peut-être pouvons-nous rapprocher ces faits de notre observation où la thérapeutique neuroplégique réalise une véritable lobotomie chimique réversible.

Nous avons voulu montrer dans cette courte étude la corrélation étroite qui unit les régulations de l'affectivité et l'état vasculaire cérébral, soumis lui-même à la modulation incessante des synergies hormonales et de l'équilibre neurovégétatif dont les perturbations sont si importantes pendant la ménopause.

Rémission observée dans l'évolution d'une délinquance particulièrement récidivante chez un parkinsonien, par MM. M. BACHET et P. MARCHAIS.

Le cas de ce malade s'inscrit dans la série des travaux classiques concernant les rapports entre l'encéphalite épidémique et ses séquelles d'une part, la délinquance et les troubles du caractère d'autre part. Le nombre de ces cas observés en prison n'est peut-être pas aussi élevé qu'il y a dix ou vingt ans. Cependant, il ne se passe guère de semestre ou même de trimestre sans que l'un d'entre eux soit observé à l'annexe psychiatrique de Fresnes. Pour chaque cas, les mêmes problèmes soulevés par les discussions d'hier se retrouvent, particulièrement en ce qui concerne les facteurs pouvant être considérés comme prédisposants ; tantôt ces facteurs antérieurs paraissent pouvoir être fortement suspectés, tantôt ils paraissent complètement absents.

Pour l'observation présentée, c'est la cessation des actes anti-sociaux prolongée et persistante qui retient l'intérêt, d'autant qu'elle a succédé à une période où les délits avaient augmenté d'une façon telle qu'ils paraissaient justifier les pronostics et les mesures les plus graves.

L'épisode encéphalitique paraît avoir été un sommeil de 36 heures, survenu en 1922, attribué alors à une intoxication indéterminée, malgré une paralysie survenue à la même époque chez le frère du malade. Le malade était alors âgé de 16 ans.

Avant cet épisode, l'enfance comme l'adolescence s'étaient déroulées de façon absolument normale, tant au point de vue de la stabilité, des résultats scolaires et professionnels, que de l'absence d'anomalie neurologique ou névrotique, de troubles caractériels infantiles. Pas de notion de troubles du développement, de traumatismes obstétricaux. Le malade appartient à une famille normale, non dissociée ; il en est le seul membre qui ait subi des condamnations. Les renseignements recueillis sur ses parents, comme sur ses frères et sœurs, rencontrent la stabilité, la réussite professionnelle. Lui-même, malgré ses délits et ses condamnations, restera stable, très apprécié dans ses places, le plus souvent.

C'est à l'âge de 18 ans que la première manifestation ayant retenu notre attention a lieu : il se fait passer pour conducteur de tramway et réussit à conduire quelque temps, sans autre motif apparent que celui de satisfaire un désir impulsif d'aspect infantile. Le second incident connu a lieu quatre ans plus tard : c'est le vol d'un briquet dont il n'avait nul besoin. Deux ans plus tard, il commence à emprunter des automobiles, ou tout au moins à être condamné pour ce motif. Après une promenade, il abandonne le véhicule. Il est ainsi condamné à l'âge de 24 ans et à l'âge de 27 ans. De 27 à 35 ans, aucune condamnation, jusqu'au vol d'un billet de 500 francs. Nouvel intervalle de 9 ans, sans aucune condamnation. Condamné à l'âge de 43 ans pour vol d'un appareil photographique, c'est peu de temps après que les actes délictueux augmentent de fréquence et tendent à être stéréotypés. En

cinq mois, il est reconnu coupable du vol de neuf automobiles, qu'il emprunte et abandonne, des épisodes pervers se surajoutent; il affirme à cette époque n'emprunter ces voitures que dans le but principal d'emmener une prostituée au Bois de Boulogne, recherchant surtout les occasions de paraphilies diverses.

La progression des tendances aux délits est alors si nette qu'un expert porte un pronostic des plus réservés, paraissant très justifié du fait de l'évidence de l'extension de la délinquance dans tous les domaines; de l'impression d'une diminution des contrôles; de l'aggravation hédonique.

En 1952, l'examen neurologique montre une asymétrie faciale avec rigidité de l'hémiface droite, déviation de la commissure labiale vers la gauche. La démarche est quelque peu hésitante, le bras droit collé au corps, disparition de la syncinésie, l'avant-bras légèrement fléchi, le pied droit a tendance à buter fréquemment. Il existe un tremblement net du pied droit, lent et régulier. On note une sialorrhée, ainsi que des crises oculogyres avec plafonnement du regard.

L'examen montre, en outre, une rigidité du membre inférieur droit et une exagération des réflexes de posture de ce même côté (bras et jambe). Réflexes ostéo-tendineux normaux.

Il semble que l'apparition de ces signes soit assez récente, tout au moins dans leur netteté, d'après les troubles fonctionnels accusés par le malade, d'autre part parce qu'un document médical, très complet par ailleurs, et relativement récent, n'en fait pas mention (1).

Le malade est suivi depuis le mois de mai 1952, date de la sortie de prison, jusqu'à maintenant, régulièrement en consultation externe deux fois, puis une fois par mois. Les contacts sont maintenus d'une part avec la mère, d'autre part avec l'épouse, soit directement, soit par les services sociaux. Ils confirment l'absence de condamnation, la régularité dans le travail. Une fois, le malade s'accusera spontanément du vol de trois billets de 100 francs dans le sac de son épouse.

On constate une amélioration évidente du tableau neurologique :

L'asymétrie faciale est moins accusée, la démarche est devenue pratiquement normale, le bras droit demeure un peu raide, le tremblement du pied a presque disparu. Le malade précise qu'il ne bute plus du pied droit comme avant le traitement; que sa main ne tremble plus lorsqu'il est à table, et qu'il arrive à se raser tout à fait normalement, ce qui lui était extrêmement difficile auparavant.

Cette amélioration progressive au début demeure permanente. Par contre, à l'examen électro-encéphalographique, on constate toujours en 1954 l'existence d'oscillations thêta réparties de façon diffuses, comme il en existait en 1952 (docteur Verdeaux, docteur Arfel-Capdevielle).

Le traitement a été le suivant : les deux premiers mois, la génoscopolamine a été employée, atténuant modérément et passagèrement le tremblement. Les anti-parkinsoniens de synthèse sont abandonnés par le malade lui-même, qui paraît mal les supporter. Un traitement par la vitamine B 12, à partir du mois d'octobre 1952 jusqu'à mars 1954, est institué. Les doses employées nous paraissent actuellement très modérées : le premier mois, il reçoit

(1) Il est intéressant de souligner que l'expert avait estimé la responsabilité atténuée, se basant sur le seul fait du caractère pathologique des actes, avant l'apparition des signes neurologiques.

10 injections à 100 gamma, puis 10 injections à 50 gamma, puis 10 à 30 gamma. Le traitement d'entretien alterne quelques injections intramusculaires espacées et des absorptions *per os* plus fréquentes. En tout, le malade a reçu 4.000 gamma en dix-huit mois.

L'amélioration du syndrome neurologique semble bien devoir être attribuée à l'action de la vitamine B12. Peut-être l'évolution a-t-elle été favorable dans notre cas du fait que les signes neurologiques étaient localisés et modérés. Ceci explique peut-être l'inconstance des résultats de ce traitement dans la maladie de Parkinson post-encéphalitique, malgré certains résultats favorables, dispersés, comme le cas de J. Carrière. Signalons que les examens hématologiques n'ont montré aucune altération.

Que penser de la rémission des troubles du comportement ? Tout d'abord, malgré les contacts de contrôle avec la famille, on peut nous objecter un manque de sincérité du malade. Même en tenant compte de ce fait, il faut cependant admettre au moins une diminution du nombre des délits, puisque nous n'avons la notion d'aucune arrestation, ce qui prend une grande valeur par comparaison avec la période précédente. Nous devons d'autre part tenir compte des changements favorables observés par la famille du malade au point de vue du caractère, du comportement affectif, changements sur lesquels elle se piait à insister. Ainsi on peut donc affirmer, sinon une guérison, tout au moins une rémission, celle-ci étant nette et peut-être complète. Est-elle le fait de l'action de la vitaminothérapie ? Nous avons évidemment pensé à la crainte de la relégation. Mais celle-ci paraît pouvoir être éliminée pour des raisons purement juridiques, et par ailleurs cette crainte elle-même aurait pu sembler inefficace devant l'évolution de plus en plus stéréotypée du délit. Nous devons penser également à un facteur psychothérapique, ne serait-il dû qu'à l'assiduité du malade aux consultations hospitalières, comparable à celui qu'on observe au cours des cures de désintoxication alcoolique. Bien qu'il paraisse impossible de conclure formellement, il faut retenir le parallélisme entre l'amélioration des signes neurologiques et des troubles du comportement, l'amélioration de l'état général, celle du psychisme, de la capacité de travail, de la mémoire ; ceci aux fins de confrontation avec d'autres expériences.

Séance du lundi 24 mai 1954

Présidence : M. B. LOGRE, président

COMMUNICATIONS

Étude sur l'action thérapeutique du 4560 R.P. dans les états d'excitation et d'agitation impulsive. Données cliniques et données expérimentales sur les modifications de la circulation cérébrale, par MM. H. BARUK, C. LAUNAY et LELORD.

La découverte du 4560 R.P. a suscité déjà de nombreux travaux en psychiatrie. Désirant étudier ce nouvel agent pharmacodynamique, nous avons procédé, suivant notre habitude, en deux étapes :

- a) une étape expérimentale chez l'animal ;
- b) une étape d'essais thérapeutiques chez l'homme.

I. — ÉTAPE D'EXPÉRIMENTATION BIOLOGIQUE CHEZ LE SINGE

Nous avons, avec MM. Rougerie et Vallancien, étudié chez le singe l'action du 4560 R.P. sur la circulation cérébrale, suivant la technique que nous avons mise au point à ce sujet et qui a été décrite dans nos publications antérieures (1). Nous avons procédé à l'injection intraveineuse d'une ampoule de largactil de 0,050 mgr. à un gros singe cynoglosse pesant 7 kg. Nous avons, avec MM. Rougerie et Vallancien, enregistré aussitôt après les modifications de la circulation cérébrale (2), tandis que MM. Verdeaux et Marty prenaient un corticogramme. Ce corticogramme a donné des résultats que l'on peut rapprocher de ceux que l'on peut observer dans le sommeil physiologique.

Les modifications de la circulation cérébrale sont considérables : les vaisseaux s'affaissent, diminuent de volume, deviennent plus pâles. Cette constatation est d'autant plus frappante que nous pouvons la comparer avec l'effet d'autres substances comme, notamment, la folliculine, les hormones sexuelles, ou l'acétylcholine, qui provoquent une modification inverse, c'est-à-dire une vaso-dilatation et une turgescence des vaisseaux. L'effet du largactil rappellerait plutôt, bien qu'à un

(1) Voir à ce sujet H. BARUK : *Précis de psychiatrie*, Masson, 1950, p. 441-442.

(2) Voir H. BARUK : *Comptes rendus du Congrès international de neurologie de Lisbonne*, août 1953.

degré moindre, l'effet de l'insuline à haute dose, et les modifications qui se produisent dans la circulation cérébrale au cours du coma insulinaire. Mais, dans ce dernier cas, le courant sanguin se retire peu à peu des vaisseaux « comme la mer à marée basse », tandis qu'après le largactil, on note seulement une déplétion des vaisseaux, artères et veines, avec toutefois conservation de la circulation. C'est pourquoi on ne note pas, chez le singe, de coma après largactil.

II. — ÉTAPE D'ESSAIS THÉRAPEUTIQUES CHEZ L'HOMME

Après cette étape expérimentale, nous avons fait des essais thérapeutiques chez l'homme. Nous avons, à ce sujet, traité longuement 21 malades par le largactil.

D'une façon générale, nous avons procédé de la façon suivante : 2 comprimés à 0,025 mgr., les deux premiers jours ; 1 ampoule injectable à 0,050 mgr., et 1 comprimé à 0,025 le troisième jour ; 2 injections par jour d'ampoules à 0,050 mgr. à partir du quatrième jour.

Avant et au cours du traitement, prise régulière du pouls et de la tension artérielle, ainsi qu'une surveillance rigoureuse du malade, sont indispensables.

Les 20 malades que nous avons ainsi traités se répartissent comme suit :

1° *Quatre cas d'excitation maniaque franche.*

OBSERVATION 1. — M. L..., âgé de 29 ans, pesant 81 kg. A présenté un accès maniaque brusque, alors qu'il était en vacances sur la Côte d'Azur. Traité à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu par les électro-chocs. Résultats passagers mais non durables. Transféré dans notre service avec un accès maniaque vieilli (turbulence, fuite des idées incohérentes, autoritarisme, désordre des actes), le 21 novembre 1953. Etat stationnaire jusqu'au 18 mars 1954.

Du 18 mars au 16 avril 1954, le malade reçoit deux comprimés de largactil à 0 mgr. 025 par jour, puis quatre comprimés par jour du 16 avril jusqu'à maintenant. Le malade devient plus calme, ses idées sont mieux suivies, il est moins turbulent et plus présent.

OBSERVATION 2. — M. Le B..., âgé de 55 ans, pesant 80 kg. Accès maniaques périodiques. Déjà soigné dans le service en 1949 pour un accès hypomaniaque à forme de délire imaginatif. Guérison.

Nouvel accès à début analogue, mais ayant évolué vers l'accès maniaque franc (agitation, déchire, vole tout aux autres malades, pitreries, fuite des idées, violences). On institue, du 15 janvier 1954 au 4 février, un traitement par le largactil, à raison d'une ampoule à 0 mgr. 050 et deux comprimés à 0 mgr. 025 par jour. Rapidement, l'agitation diminue, mais le délire imaginatif persiste. Le 15 avril 1954 on arrête le traitement. Le malade reste relativement calme.

OBSERVATION 3. — M. S..., âgé de 24 ans, pesant kg. Accès périodiques hypomaniaques alternant avec des accès dépressifs. Bouffées délirantes pas-

sagères au cours des périodes d'excitation. Traité antérieurement dans d'autres services par les méthodes de choc.

Premier séjour dans le service du 24 décembre 1952 au 2 juin 1953, amélioré par le scopo-chloralose.

Nouvelle entrée le 11 décembre 1953 pour un accès hypomaniaque qui, rapidement, évolue vers un accès maniaque franc avec grande agitation, logorrhée, idées délirantes. Du 13 décembre 1953 au 1^{er} janvier 1954, le malade est mis au traitement par le largactil. Amélioration, évolution progressive dans la guérison. Le malade sort du service le 7 avril 1954.

OBSERVATION 4. — Mme G..., âgée de 35 ans. Accès hypomaniaque consécutif à un accès dépressif. Ironie, causticité, fuite des idées, irritabilité. Traitée par quatre comprimés de largactil, après échec des calmants habituels. Guérison rapide de l'accès en deux semaines, guérison qui se maintient depuis près d'un an.

2° Douze cas d'agitation impulsive sur un fond schizophrénique.

OBSERVATION 5. — M. Q..., âgé de 24 ans ; poids : 72 kg. Début des troubles quelques jours après un accident de voiture avec traumatisme crânien : insomnie, céphalée importante, idées délirantes de persécution. Hospitalisé dans un autre établissement, où il a été traité par électro-choc, insulinothérapie, huile soufrée.

A l'entrée dans le service : malade replié sur lui-même avec verbigération incohérente, instabilité, nombreuses stéréotypies et impulsions parfois violentes. Le 8 février 1954, début du traitement au largactil.

Dès le 11 février 1954, très nette amélioration : le malade redevient présent, sa tenue n'est plus débraillée, les stéréotypies disparaissent, le malade reprend contact avec l'ambiance, le calme revient, la transformation favorable est impressionnante.

Le 22 février 1954, on réduit le traitement à une ampoule injectable par jour. Le malade s'aggrave de nouveau, redevient débraillé, absent, réapparition des stéréotypies.

Le 27 février 1954, on reprend le traitement aux mêmes doses que précédemment. Le 29 février 1954, nouvelle amélioration, qui se poursuit de plus en plus à tel point que le 15 mars 1954 le malade peut sortir en ville avec sa famille et se comporte bien. On diminue à nouveau les doses pour arriver à deux comprimés par jour : nouvelle rechute, retombe dans son état antérieur.

Le 10 avril 1954, on reprend le largactil à la dose de deux ampoules rectales par jour. Amélioration considérable, qui se poursuit depuis lors. Le malade reprend contact, parle bien, est vraiment transformé.

Depuis le 20 avril 1954, n'a plus qu'une ampoule injectable par jour, l'amélioration se poursuit.

OBSERVATION 6. — M. Br..., âgé de 25 ans ; poids : 80 kg. Malade transféré d'un autre établissement avec le diagnostic de schizophrénie : aspect fermé, agitation avec impulsions violentes.

Traitement au largactil du 1^{er} janvier 1954 au 25 janvier 1954 : l'agitation cesse, le malade reprend contact.

Du 25 janvier 1954 au 4 février 1954, une seule ampoule injectable par jour : l'amélioration se poursuit.

Actuellement, le malade a repris un contact à peu près normal, travaille, sort en ville avec sa famille.

OBSERVATION 7. — M. Co..., âgé de 36 ans ; poids : 71 kg. Début après surmenage, prise de maxiton. Syndrome d'influence, agitation extrêmement violente, fuite des idées. Traité par le largactil à raison de deux injections quotidiennes d'une ampoule à 0 mgr. 050. Action remarquable sur l'agitation et l'agressivité pendant toute la durée du traitement, mais reprise de l'agitation quand il cesse.

OBSERVATION 8. — M. D..., âgé de 45 ans ; poids : 71 kg. Agitation catatonique avec impulsions brutales et violentes. Négativisme. En traitement par le largactil depuis le 8 avril 1954. Légèrement plus calme. Transformation d'un état de négativisme important en un état de catalepsie avec flexibilité circeuse.

OBSERVATION 9. — M. Ko..., âgé de 28 ans ; poids : 74 kg. Syndrome hallucinatoire avec autisme entrecoupé de paroles peu cohérentes. Agressivité. Traitement par le largactil du 24 mars 1954 au 10 avril 1954. Amélioration sensible : plus présent, reprend contact. Après arrêt du traitement, nouvelle phase d'autisme.

OBSERVATION 10. — M. Sk..., âgé de 20 ans ; poids : 73 kg. Etat hétérophrénique avec autisme, stéréotypies, impulsions violentes. Sort amélioré après une hospitalisation de deux ans et demi. Revient avec une rechute quatre mois après, dans le même état que précédemment. Traitement par le largactil : dès les jours qui suivent, amélioration notable ; les stéréotypies et les impulsions disparaissent ; redevient calme et plus présent. Est encore actuellement en traitement.

OBSERVATION 11. — M. Be..., âgé de 29 ans ; poids : 64 kg. Ancien catatonique déjà traité dans le service puis transféré dans d'autres services, où il est traité par les chocs et d'où il revient en 1954, avec un état catatonique intense, gesticulations très importantes, impulsions. Légèrement amélioré par le scopo-chloralose, mais partiellement. Traitement par le largactil du 12 mars 1954 au 12 avril 1954. Dès le début du traitement, amélioration considérable : calme, présent, parole cohérente, disparition de toutes impulsions. Cette amélioration se poursuit actuellement après cessation des injections et une dose d'entretien de deux comprimés par jour.

OBSERVATION 12. — M. Bes..., âgé de 55 ans ; poids : 53 kg. Impulsivité, agitation désordonnée chez un vieux schizophrène. Amélioration de l'agitation après traitement au largactil du 10 avril 1954 au 22 avril 1954.

OBSERVATION 13. — M. Ma..., âgé de 60 ans ; poids : 63 kg. Poussée d'agitation incohérente périodique chez un vieux schizophrène. Amélioration de la poussée à la suite d'un traitement au largactil du 1^{er} avril 1954 au 19 avril 1954. Effet difficile à apprécier en raison du caractère passager habituel des poussées.

OBSERVATION 14. — M. Seg..., âgé de 31 ans ; poids : 88 kg. Syndrome hétérophrénique avec hallucinations, auto-mutilations. Très nette amélioration des réactions auto-mutilatrices après traitement au largactil du 22 février 1954 au 15 mars 1954 : disparition des voix, amélioration du comportement. L'amélioration persiste.

OBSERVATION 15. — M. G..., âgé de 29 ans ; poids : 59 kg. Syndrome hétérophrénique avec hallucinations, agitation, agressivité, impulsions élastiques. Traitement par le largactil du 17 janvier 1954 au 1^{er} février 1954 : amélioration, contact plus facile, disparition de l'agitation. Mais après cessation du traitement, mutisme, immobilité, refus d'aliments. Nouveau traitement depuis le 17 avril 1954 : nouvelle amélioration, sort de son mutisme.

OBSERVATION 16. — M. Bis..., âgé de 36 ans ; poids : 62 kg. Schizophrénie entière avec agitation et impulsions. Traitement par le largactil du 27 mars 1954 au 20 avril 1954 : amélioration importante ; plus calme, parle aux infirmiers et au médecin, reprend contact et, pour la première fois depuis longtemps, reçoit bien sa sœur.

3° Cinq cas de dépression mélancolique.

Groupe de malades comprenant trois hommes et deux femmes. Un des trois hommes a été partiellement amélioré pendant l'action du traitement. Les deux femmes ont vu l'accès mélancolique suspendu pendant le traitement, mais les troubles ont réapparu identiques dès la cessation du traitement.

En conclusion, sur 21 malades traités par le largactil, nous avons obtenu des résultats favorables dans les quatre cas de manie, et sur l'agitation de 10 schizophrènes sur 12. Chez ces derniers, on a pu, pour certains, constater à plusieurs reprises la disparition des symptômes pathologiques durant le traitement, leur réapparition à la cessation du traitement, puis une nouvelle amélioration dès la reprise du traitement. Chez d'autres, il semble que le traitement a permis de calmer la phase d'agitation et d'impulsions et d'attendre ensuite la phase de convalescence. Les résultats nous semblent moins remarquables dans les dépressions mélancoliques.

Ces faits s'expliquent, pensons-nous, par le fait que le 4560 R.P. est un remarquable sédatif vasculaire cérébral, comme l'ont mis en évidence nos recherches expérimentales chez l'animal. Or, l'on sait depuis les travaux de Luys que les états d'excitation s'accompagnent souvent d'une hyperémie cérébrale, faits sur lesquels l'un de nous a insisté (1). Par contre, dans les dépressions, il existe souvent une certaine anémie cérébrale, comme nous y avons également insisté.

Le largactil paraît donc particulièrement indiqué dans les états soit d'excitation maniaque, soit d'agitation chez les schizophrènes. Il est possible qu'il réduise certaines « poussées congestive ». Il est en général bien supporté, sauf parfois, chez certains sujets, de la pâleur et des lipothymies, ce qui s'explique par son action vasculaire ci-dessus mentionnée. C'est pourquoi le malade doit être au repos et surveillé. En outre, nous n'utilisons jamais la voie intra-veineuse. L'avenir dira si

(1) H. BARUK, M. DAVID, M. RACINE et VALLANCIEN : *Revue neurologique*, n° 7, juillet-août 1948, t. 80, p. 487-516.

l'action du 4560 R.P. est durable. Quoi qu'il en soit, on peut déjà conclure qu'il s'agit là d'un progrès notable en thérapeutique psychiatrique à condition de bien préciser les indications du traitement.

CONCLUSIONS

Nos observations cliniques confirment en particulier les résultats de Delay et Deniker. Comme ces auteurs, nous considérons qu'il est infiniment préférable d'utiliser le largactil seul, au lieu d'utiliser des « cocktails médicamenteux » ou des associations avec d'autres hypnotiques, comme on le voit dans les observations de Hamon, Paraire et Velluz, ou de Deschamps et Cadoret.

Nous estimons à ce sujet que le but à atteindre n'est pas la cure de sommeil complète, ni même l'hibernation, mais seulement la *sédation*. Cette sédation peut être obtenue par des doses moins fortes, et l'on peut ensuite continuer l'action thérapeutique par l'administration en comprimés. Le malade doit être bien suivi et au repos complet. Etant donné l'action vasculaire du produit que nous venons de souligner, il est nécessaire de surveiller la tension artérielle, l'indice oscillométrique, etc. Certains auteurs nous ont signalé avoir observé des accidents veineux, certains même graves. Nous n'avons jusqu'à présent rien constaté de tel. Nous pensons qu'étant donné les incompatibilités du largactil, il est indispensable d'éviter l'association à tout autre médicament. Ajoutons que le maniement du produit peut entraîner des sensibilisations cutanées. Un de nos infirmiers a présenté à ce sujet un eczéma de la main, dont l'origine est confirmée par les tests de sensibilisation au largactil.

Sur la thérapeutique de certaines psychoses par l'hyperémie et la vasodilatation cérébrale, par M. H. BARUK

Dans une série de recherches étagées depuis 1938-1939 jusqu'à maintenant, recherches soit cliniques chez l'homme, soit expérimentales chez les animaux, nous avons montré qu'un certain nombre de syndromes mentaux, en particulier certains états catatoniques ou schizophréniques, pouvaient s'accompagner d'une diminution de la circulation cérébrale, et nous avons à ce sujet démontré expérimentalement la réalité de l'anémie cérébrale dans certains cas de catatonie (1) (avec M. David, Racine et Mlle Leuret).

De ces constatations jointes aux très nombreuses recherches que nous avons poursuivies depuis 1926 sur les troubles de la circulation

(1) H. BARUK, M. DAVID, M. RACINE et Mlle LEURET : Circulation cérébrale et psychoses. Constatation directe de spasmes des vaisseaux cérébraux au cours de la catatonie expérimentale bulbocapnique. Rôle pathogénique de l'anémie cérébrale. *Revue neurologique*, n° 5, 1939-1940.

générale dans la catatonie et la schizophrénie, en particulier sur l'écrasement de l'indice oscillométrique, sur l'acrocyanose orthostatique (avec Claude), sur les troubles des capillaires, etc., nous avons tiré une conception sur l'importance des facteurs psycho-vasculaires et sur le rôle des vaisseaux cérébraux et de la circulation sanguine en général comme facteur de *trait d'union* entre le psychisme et le soma dans les deux sens (2).

Nous avons alors pensé que s'il existait ainsi un certain parallélisme entre l'activité psychique et l'activité circulatoire cérébrale, il pourrait être indiqué au point de vue thérapeutique de ranimer une circulation cérébrale prolabée en réalisant une *hyperémie cérébrale* et en activant en même temps le courant circulatoire. Nous avons pensé à ce moment que certains résultats spectaculaires mais souvent dangereux obtenus avec les méthodes de choc étaient dus à une réactivation circulatoire et peut-être à des intenses vaso-dilatations passagères des vaisseaux cérébraux. C'est ce que nous avons pu vérifier d'abord au cours du choc cardiazolique en constatant une augmentation énorme et impressionnante de l'*indice oscillométrique*. C'est ce que nous avons observé également au niveau du cerveau chez le singe en constatant après l'extraordinaire vaso-constriction cérébrale une vaso-dilatation considérable avec cerveau violacé, turgescence et véritable érection cérébrale. Tous ces faits ont été rapportés avec la documentation et l'illustration correspondante dans notre article de *L'encéphale* en 1945 (3), avec David, Racine et Vallancien.

Dans le même article, nous avons décrit ce qui se passe dans le cerveau au cours du coma insulinaire. En pareil cas, le sang se retire d'abord passivement des vaisseaux, ce qui provoque le coma, puis ensuite la circulation sanguine revient et réalise une véritable hyperémie. Enfin, après l'électrochoc (dans une expérience avec notre ami Rondepierre) chez l'animal, nous avons vu de même une forte hyperémie, un peu comme dans le cardiazol (3).

Nos efforts se sont alors portés vers le choix de certaines substances susceptibles de provoquer une hyperémie cérébrale, mais en évitant des modifications violentes, brutales, et dangereuses des méthodes de choc. Nous avons d'abord, après une série de recherches avec David, Racine, Vallancien et Borenstein, étudié l'*acétylcholine* (4), mais nous avons vu que l'acétylcholine détermine une vaso-dilatation brutale avec à hautes doses hypertension intra-cranienne. C'est pourquoi nous nous sommes

(2) H. BARUK et M. RACINE : Les troubles de la circulation cérébrale et de la circulation générale dans les psychoses. *Annales médico-psychologiques*, nov.-déc. 1940.

(3) H. BARUK, M. DAVID, M. RACINE et VALLANCIEN : Etude expérimentale chez le lapin et le singe des modifications de la circulation cérébrale dans le coma insulinaire, l'épilepsie cardiazolique, l'électrochoc et au cours de l'action de la folliculine et du scopochloralose. *Encéphale*, nos 5, 6, 7, 1942-1945, p. 81 à 88.

(4) H. BARUK, M. DAVID, M. RACINE, VALLANCIEN et BORENSTEIN : Acétylcholine, hypertension intracranienne et stupeur expérimentale chez l'animal (sans catatonie expérimentale). *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1947.

adressé ensuite à la *folliculine*. Les expériences que nous avons faites chez l'animal avec M. David, Racine et Mlle Leuret nous ont montré non seulement une vaso-dilatation très appréciable des gros et petits vaisseaux cérébraux sous l'influence de la folliculine, mais les biopsies cérébrales que nous avons faites dans le cortex avant et après l'action de la folliculine nous ont montré par la méthode de Pickworth une dilatation et une hyperémie des capillaires (5).

Si cette hyperémie pouvait expliquer les troubles mentaux et en particulier l'excitabilité des psychoses hyperfolliculiniques que nous avons décrites, elle pouvait par contre être utilisée comme méthode thérapeutique dans les cas où il existe une irrigation générale insuffisante du cerveau, comme cela a lieu dans certains cas de démence précoce. C'est pourquoi nous avons mis au point avec notre ami Racine une méthode thérapeutique des cas de démence précoce même ancienne, s'accompagnant de refroidissement des extrémités, de diminution de l'indice oscillométrique, etc., par la folliculine, combiné à la caféine, pour accélérer aussi la circulation (6). Cette méthode donne parfois des résultats très intéressants, dans certains cas de schizophrénie accompagnés de troubles vasculaires importants. Elle peut être remarquable dans les psychoses hypofolliculiniques.

Nous avons d'autre part étudié le *scopochloralose*, qui exerce aussi une action légèrement vaso-dilatatrice sur la circulation cérébrale et aussi une action vagotonisante. Le scopochloralose ralentit le pouls, mais augmente l'indice oscillométrique. Son action est vraiment remarquable et spectaculaire dans les accidents hystériques, mais elle est loin d'être négligeable dans les états schizophréniques (7).

Nous avons en outre étudié l'A.C.T.H., mais cette substance a une action très particulière sur la circulation cérébrale et détermine un véritable blocage de la circulation veineuse de retour en respectant la circulation artérielle. C'est pourquoi il en résulte un *œdème cérébral* qui peut lui-même s'accompagner de catatonie (voir *Presse médicale*, 60^e année, n° 42, 18 juin 1952, pp. 905-906).

En dernier lieu, nous avons utilisé et nous continuons d'utiliser sur une large échelle la *diélectrolyse de calcium transcérébro-médullaire* suivant la méthode de Bourguignon (8). Cette méthode détermine aussi un réveil circulatoire et une certaine hyperémie.

(5) H. BARUK, M. DAVID, M. RACINE et Mlle LEURET : Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires. Etude expérimentale de l'action de la folliculine sur la circulation cérébrale. *Presse médicale*, 12 mars 1940.

(6) H. BARUK et M. RACINE : Essai de traitement circulatoire de la démence précoce ancienne par la folliculine et la caféine. Thérapeutiques physiologiques ou thérapeutiques de choc. *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1946.

(7) Voir *Presse médicale*, n° 14, 6 mars 1948, p. 169-170, et la thèse de JOUBERT : Le scopochloralose. Thèse, Paris, 1950.

(8) H. BARUK, M. FARGEAT, P. JOUBERT : La diélectrolyse transcérébrale de calcium dans le traitement des états dépressifs, de l'hébéphrénie et de la catatonie. *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1948.

En résumé, nous avons pu mettre au point un certain nombre de méthodes de thérapeutiques par hyperémie dans certaines psychoses, méthodes qui ont maintenant une large application. Ce sont notamment :

1° la thérapeutique de certains états schizophréniques par la folliculine et la caféine ;

2° le scopochloralose ;

3° la diélectrolyse de calcium suivant la méthode de Bourguignon.

Tout récemment, le professeur Aldo Bertolani vient de proposer aussi une méthode hyperémiant cérébrale dans la schizophrénie au début, par l'application d'un élastique au cou, et une inclinaison de la tête en position déclive (9). Mais cette méthode est une méthode seulement de stase. Elle risque d'avoir de gros inconvénients sur la circulation cérébrale, car on sait l'extrême fragilité du cerveau aux strictions cervicales, et nous avons vu plusieurs fois des épilepsies déclenchées après strictions du cou. Il nous semble que les méthodes pharmacodynamiques hyperémiantes sont à la fois plus efficaces et ont moins d'inconvénient. Toutefois, aucune de ces méthodes ne peut être appliquée systématiquement, car les méthodes hyperémiantes ne peuvent donner de résultats que dans les cas où il existe une insuffisance d'irrigation cérébrale. Le traitement ne peut donc être appliqué qu'après un *examen vasculaire minutieux* comportant au moins l'étude de la circulation rétinienne et de la tension des vaisseaux rétiens, l'étude de l'indice oscillométrique, des capillaires, etc. Il ne faut pas oublier en effet qu'il y a d'autres syndromes mentaux qui sont dus à une hyperémie et à une congestion cérébrale ; syndromes qui sont parfois remarquablement améliorés par le largactil. Enfin, il ne faut pas oublier que le facteur circulatoire n'est pas tout, et qu'il peut être en tout cas secondaire à d'autres causes, en particulier certaines causes toxiques. D'où la nécessité d'examiner toujours complètement chaque malade et de se rappeler que la thérapeutique ne consiste pas à essayer au petit bonheur des séries de recettes, mais à trouver le traitement indiqué et adapté nécessaire pour corriger les désordres précis dont souffre chaque malade.

Un cas clinique d'hypnose à forme léthargique et cataleptoïde provoquée par la fascination. Signes neurologiques de la série sous-corticale, par M. J.-L. COURCHET.

OBSERVATION. — Une jeune fille de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, est saisie, peu de temps après la mort de sa mère, d'attaques de sommeil diurne, parfois mais non toujours avec effondrement des jambes, qui durent encore à ce jour, trois ans après le début. Elle aurait présenté,

(9) Aldo BERTOLANI : Proposta di un tentativo di terapia biologica della malattia mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. LXXVIII, fasc. 1, 1954.

de 17 à 18 ans, divers autres symptômes passagers, sur lesquels nous n'avons guère de précision : hémiparésies et hémidyssthésies droites, régression à une gaucherie contrariée de l'enfance, crampe des écrivains à droite.

Aucun épisode infectieux n'a été remarqué.

Elle présente à notre examen, à la Salpêtrière :

a) des crises de sommeil diurne pluri-quotidiennes ; les unes avec tendance à la conservation des attitudes ; aucun élément notable déclenchant n'a été caractérisé ;

b) une présentation d'allure parkinsonienne : voix basse, lente, plaintive, démarche légèrement sautillante, hyperémotivité silencieuse avec quelques légers raptus coléreux ; mais l'examen segmentaire du tonus et des réflexes posturaux, de l'équilibration statique et des mouvements associés ne met aucune anomalie en évidence ;

c) l'aréflexie papillaire est totale, à la lumière et à l'accommodation ; les pupilles sont égales et strictement immobiles, elles s'élargissent au seul moment où la fascination provoque l'endormissement ; on sait qu'une telle anomalie est inhabituelle dans le Parkinson, elle évoque une atteinte haute et postérieure ; on sait qu'elle a pu être observée, depuis Karphus et Kreidl, dans quelques cas de grande hystérie, au moment des attaques ;

d) il n'y a pas de troubles végétatifs, ni dans la veille, ni dans le sommeil. Signalons seulement une dysphagie intermittente par trouble, semble-t-il, du premier temps de la déglutition, et une très anormale lenteur (une demi-heure) du passage œsophagien, nonobstant atropinisation.

On reproduit très aisément par fascination les stades léthargique et cataleptoïde de l'hypnose de Charcot. L'endormissement est incomplet (en ce que un contact par ordres simples peut être maintenu, une mémoire post-hypnique est conservée) ; il se signale néanmoins par des signes oculaires (vus plus haut) et respiratoires, qui excluent toute simulation. On passe du stade cataleptoïde au stade léthargique par les manœuvres classiques. Le réveil est aussi facile que l'endormissement.

Des examens paracliniques en série ont été pratiqués.

1° *Electro-encéphalogramme*. — L'électro-encéphalogramme, très perturbé dans son ensemble à l'état normal, ne présente pas de notables différences dans le sommeil induit. C'est d'ailleurs le cas d'un très grand nombre de narcolepsies spontanées. Tout au plus note-t-on des bouffées amples et lentes pariétales au moment de la fascination. La position des bras en croix dans la catalepsie ne s'accompagne pas de réaction d'arrêt, comme si elle ne nécessitait aucun effort. Par contre, les réactions d'arrêt existent pour tous les stimuli qui produisent le réveil clinique.

En outre, il n'existe à l'électro-encéphalogramme, dans l'attitude cataleptique, aucun entraînement musculaire des muscles capitaux, comme on le voit en général dans tout effort musculaire.

2° *Electromyogramme*. — L'électromyogramme montre, dans le maintien des attitudes cataleptiques, une activité électrique assez fournie, aussi prolongée que dure l'état cataleptoïde (en l'occurrence plus d'une demi-heure), indiquant en somme une activité adaptée, opérée par roulement des unités motrices actives. Les accidents sont de grande amplitude. Par contre, lors du passage à l'atonie léthargique, le tracé est absolument plat.

3° *Electroophthalmogramme*. — L'électroophthalmogramme que nous pra-

liques systématiquement dans tous les états psychomoteurs, et qui nous intéressait spécialement ici en raison du rôle de la fascination, montre des perturbations intenses et complexes que l'insuffisance de notre étude générale de la question ne nous permet pas encore de caractériser.

4° L'encéphalographie fractionnée, pratiquée dans le service de clinique neuro-chirurgicale de la Pitié, montre des images de cavités centrales absolument normales.

Toutes thérapeutiques chimiothérapiques des affections neurologiques post-encéphalitiques et tous sympathicomimétiques ont été rigoureusement inefficaces.

Nous ajoutons cette observation, à toutes fins utiles, au dossier de celles, nombreuses, sur lesquelles M. L. van Bogaert établit son étude d'ensemble sur l'hystérie et le diencephale, dans son rapport au congrès des aliénistes en 1935.

Traitement d'attaque du delirium tremens par la synergie chlorpromazine (4560 R.P.) mébubarbital (1), par MM. M. LETAILLEUR, J. MORIN, R. MONNERIE et J. DEMAY.

Le syndrome neuro-végétatif et neuro-hormonal, dont les signes physiques et biologiques du delirium tremens sont l'expression, s'apparente très nettement aux éléments du « syndrome végétatif central » observé en chirurgie cérébrale et aux dérèglements de la vie autonome constatés dans les neuro-toxicoses graves. Cette interprétation du tableau clinique suivant les perspectives de Reilly, de Selye et de Birkow justifie les tentatives thérapeutiques tendant à provoquer une déconnexion ou à mettre au repos le système nerveux central.

A. Deschamps, dans son travail princeps sur l'hibernation en psychiatrie (*Presse médicale*, 21 juin 1952), en avait recommandé l'emploi dans le traitement du delirium tremens. Sanguineti et Larichia (*Minerva medica*, 17 novembre 1953), dans 6 cas, et Riser, Laboucarié et Barrès (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1953), dans un cas, ont eu recours à la méthode de Laborit. Pour trois autres malades, ces derniers auteurs ont cherché à réaliser une hibernation et surtout une réfrigération moins profondes. Déjà, Delay, Deniker et Harl (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1952), réalisant ce qu'ils dénomment hibernothérapie, avaient essayé avec succès le neuroplégique seul dans les états confusionnels et en particulier dans une confusion mentale alcoolique grave. Salomon et Sizaret (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1953) ont eu recours au même procédé ; Pluvinage et Gastaut (*Monde médical*, 1953) ont noté l'évolution vers l'emploi exclusif du

(1) Mébubarbital est la dénomination du codex de l'éthyl-méthyl-butyl barbiturate de sodium.

4560 R.P. Par contre, Rives et Ménager (*Anesthésie et analgésie*, mars 1953) d'une part, Follin et Soubrier (cf. compte rendu du congrès de Pau, 1953) d'autre part, lui associent le dolosal, tandis que Kammerer et Eblinger (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1954) le considèrent comme un sédatif qui ne dispense pas de la strychnothérapie. Au cours du colloque organisé par le groupement médical d'études antialcooliques, le 8 mai dernier, sur le traitement du delirium tremens, Daumézon a fait une place à la chlorpromazine à côté des médications classiques ; Corman lui a dénié toute action, sauf en association avec la strychnine, et le trouve même parfois dangereux ; Follin a rappelé les résultats spectaculaires dus à son couplage avec le dolosal, tandis que Lecoq, tout en restant fidèle à l'alcool hépatisé, prône comme l'un d'entre nous (M. Letailleur) son emploi simultané avec le mébubarbital et les médications symptomatiques, dont il convient de ne pas oublier l'extrême importance.

En effet, l'admission dans le service d'un nombre élevé d'alcooliques (130 sur 388 malades entrés en 1953) nous a permis d'expérimenter la chlorpromazine seule, puis associée à différents sédatifs. Nous avons finalement adopté une méthode qui sera rapportée en détail par l'un d'entre nous (Morin) dans sa thèse (Paris, 1954). Elle comporte : l'utilisation simultanée de ce neuroplégique et du mébubarbital (ou éthyl-méthyl-butyl barbiturate de sodium), la réhydratation abondante, la vitaminothérapie et l'administration de médications symptomatiques (tonicardiaques, stimulants hépato-rénaux, désoxycorticostérone, etc.).

Pratiquement, dès le bilan de son état psychosomatique établi, le malade reçoit en perfusion veineuse 500 et le plus souvent 1.000 cm³ d'un soluté glucosé isotonique et chaud, réparti en 2 ampoules. Dans la première, on ajoute 50 mgr. de 4560 R.P. et au besoin une ampoule de 2 cm³ de camphramine-pressedrine (pressyl) si l'auscultation du cœur donne la moindre inquiétude. A la seconde, on mélange une ou deux ampoules de 5 cm³ d'une préparation à base d'extrait de Cynara (chophytol). La perfusion n'est pas terminée que déjà le malade est plus calme et qu'il absorbe sans trop de résistance 60, 90 ou 100 mgr. de mébubarbital, suivant sa corpulence et le degré de son agitation. La sédation de l'excitation est mise à profit pour l'administration des médications symptomatiques (sulfate de spartéine, désoxycorticostérone, antibiotiques lorsqu'on soupçonne l'existence d'un foyer infectieux) ou complémentaires (potion de Todd, vitamine B1, vitamine B12, extraits hépatiques). Elle permet de prodiguer tous les « petits soins » considérés comme accessoires, mais dont l'influence sur le pronostic n'est pas négligeable. Le malade s'endort pour plusieurs heures, 6 ou 8 ; s'il a tendance à se réveiller plus précocement, et si la dose de mébubarbital a été relativement faible (60 mgr.), 30 mgr. du même produit prolongent son sommeil. Au besoin, nous ajoutons une cuillerée de sirop de chloral renouvelée deux fois dans les 24 heures.

et dans les cas les plus rebelles, quelques cuillerées d'une solution de 3277 R.P. pour le même laps de temps. Toutes les 6 ou 8 heures, on renouvelle la même thérapeutique. Il est absolument exceptionnel que ce traitement doive être appliqué avec la même rigueur beaucoup plus de 24 ou 36 heures. Souvent, 12 à 18 h. après le début de sa mise en œuvre, il est possible de ramener la posologie du 4560 R.P. à 1 comprimé à 25 mgr., 3 fois par jour, et celle du mébubarbital à 120 ou 150 mgr. par 24 heures ; la dose la plus élevée étant administrée le soir. Dans presque tous les cas, cette posologie a été adoptée, au plus tard 48 heures après l'institution du traitement. Le malade, qui se trouve alors dans un état de quiétude parfaite, prend volontiers et abondamment des boissons qui dispensent de la réhydratation par voie parentérale, et il se laisse administrer les médications correctrices de la carence en vitamines, de la fatigue du cœur ou de l'insuffisance surrénale. Il est virtuellement guéri de son accès de *delirium tremens* et il reste à le traiter pour son intoxication éthylique et à remédier aux perturbations métaboliques et biologiques qui en résultent. Pendant les quelques jours qui suivent, la dose du 4560 R.P. et du mébubarbital est maintenue pour éviter des récives, puis progressivement diminuée, et enfin supprimée.

Pour certains malades qui arrivent choqués, véritablement épuisés par une agitation qui a duré parfois 48 heures ou plus et dont l'aspect clinique rappelle le syndrome malin des maladies infectieuses, les doses des deux médicaments essentiels sont diminuées de moitié, la réhydratation reste massive, les toni-cardiaques, la désoxycorticostérone et même la strychnine sont administrés sans parcimonie. Mais surtout, nous pratiquons des inhalations fréquentes d'oxygène, comme les chirurgiens le font en présence du choc traumatique pour lutter contre l'anoxémie des blessés. L'action tonique de l'oxygénothérapie dans de tels cas nous paraît mériter une mention toute spéciale.

Les résultats de cette expérience sont des plus intéressants : 12 malades traités pour *delirium tremens* ont guéri ; dans une quinzaine de cas, un traitement semblable mais plus bénin (4560 R.P. *per os*, mébubarbital, hydratation additionnée de potion de Todd) a eu raison de délires subaigus dont l'évolution pouvait être grave. Souvent, en effet, les alcooliques sont admis dans le service après un périple de 80 à 100 km. dans les hôpitaux de Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, où ils sont recueillis après un séjour au cours duquel ils ont été quelquefois attachés et souvent peu hydratés ; peu après leur arrivée, les prodromes du délire aigu sont déjà très nets et souvent pendant la nuit, ou le lendemain, l'accès se déclenche si l'on n'y prend pas garde.

Il semble que l'association du neuroplégique au barbiturique constitue une véritable synergie, l'effet de chacun des composants se trouvant renforcé par l'autre. La plupart des auteurs qui ont employé le 4560

R.P. seul (MM. Delay, Deniker, Harl et Grasset ; MM. Kammerer et Ebtinger) ont jugulé rapidement l'agitation, mais n'ont noté — sauf Sizaret et Salomon — aucune action sur l'onirisme et les zoopsies ; nous avons obtenu, par contre, la disparition de ces symptômes en même temps que celle de l'obnubilation intellectuelle et des signes généraux et le retour à la normale du sommeil. Il est possible d'éviter dès le début du traitement l'utilisation des moyens de contention dont l'usage amène à peu près infailliblement l'épuisement des forces du malade, et sa mort en collapsus. Un exemple typique est celui d'un malade entre le vendredi pour un état confusionnel avec excitation psychique et verbale intense, onirisme excessivement riche et actif avec hallucinations lilliputiennes, vision de personnages qui le poursuivaient, troubles de la cénesthésie, réactions de fuite et de défense et température à 38°, tremblement, exagération des réflexes et signes d'imprégnation. Le lundi — soit trois jours après — lorsque l'interne de garde qui avait rédigé l'observation a voulu la présenter, non seulement l'agitation avait totalement cédé, mais l'onirisme et l'obnubilation intellectuelle avaient disparu et le scénario onirique était parfaitement critiqué. L'intéressé ne présentait plus que des signes d'imprégnation éthylique profonde.

Certes, on peut opposer des critiques à l'utilisation d'un potentialisateur qui risque de sensibiliser le cerveau au toxique et à celle du barbiturique, produit que de nombreux auteurs proscrivent parce que dépresseur du diencephale comme l'alcool et dont logiquement l'action devrait être plus nocive puisqu'elle est renforcée par celle du neuroplégique. Tenant compte de cette notion, nous n'administrons que de petites quantités d'alcool (3 cuillerées à soupe de potion de Todd), encore que M. Lecoq, comme il l'a signalé dernièrement (cf. colloque sur le *delirium tremens*) n'ait enregistré aucun accident avec 150 ou 200 cm³ de sa préparation (curéthyl). Mais surtout, nous avons porté notre choix, après quelques essais, sur le mébubarbital auquel nous reconnaissons, avec Ey et Bérard (*Evolution psychiatrique*, 1952), « le triple avantage d'agir à plus petites doses, de produire un sommeil plus profond et d'obtenir un passage plus rapide et plus normal de l'état de sommeil à l'état de veille », et dont la toxicité est très faible. Un accoucheur américain, Rucker (*J. Med. Ass. State of Albana*, sept. 1953), qui l'a employé dans 6.257 cas en injection intraveineuse pour obtenir l'anesthésie, ayant pu atteindre les doses de 1.000 mgr. sans dommage pour la mère et pour l'enfant, nous pensons avoir une marge de sécurité large, malgré l'action renforçatrice du 4560 R.P., en ne dépassant pas 300 mgr. par jour.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — J'ai eu l'occasion de soutenir l'opinion que le *delirium tremens* authentique, syndrome grave de débordement et d'effondrement des

défenses vitales régularisées par le diencephale, était proche du délire aigu, dans lequel les méthodes de déconnexion et d'hibernation ont été préconisées. Mais une telle thérapeutique est discutable dans le delirium parce que celui-ci diffère nettement du délire aigu en ce qu'il évolue sur un terrain préalablement établi d'intoxication par les dérivés alcooliques, et par surcroît dans un organisme carencé dans sa lutte contre les poisons divers, ne serait-ce qu'en raison de l'insuffisance hépatique. Il convient donc, en premier lieu, de ne pas surcharger le malade de nouveaux toxiques. Toutes les médications qui dépriment les centres nerveux et qui entravent ainsi la reprise des réactions défensives, aggravent la situation. Or, l'usage des neuroplégiques (dont la chlorpromazine), exige ici, pour être efficace, des doses élevées immédiates ou répétées et nécessite l'adjonction de taux également importants de barbituriques ou d'hypnotiques, créant ainsi un appoint toxique évident. Ma position est peut-être trop théorique, car je n'ai osé employer que des doses minimes, mais je la crois prudente.

M. L. MARCHAND. — Les cas de delirium tremens peuvent présenter divers degrés de gravité. Il y a des formes bénignes qui guérissent rapidement en deux ou trois jours par un simple traitement hygiénique et sédatif appliqué dans un milieu calme. Il y a des formes graves qui se terminent rapidement par la mort malgré les traitements les plus énergiques et les mieux dirigés. Dans mon service de Sainte-Anne, j'ai eu à traiter de nombreux cas de delirium tremens ; je me suis attaché à rechercher les causes organiques des cas mortels. Parmi celles-ci, j'ai relevé chez tous ces sujets sans exception une hépatite scléro-graisseuse, souvent du type hypertrophique, ou une sclérose atrophique. Cette atteinte hépatique très grave était restée latente et ces alcooliques chroniques avaient pu travailler jusqu'au début de leur accès de delirium tremens sans présenter de signes d'insuffisance hépatique. Dans l'application des traitements modernes du delirium tremens, je crois qu'il y aurait un certain intérêt à tenir compte chez les alcooliques chroniques de cette hépatite, en ne maniant qu'avec prudence certains produits nouveaux présentant une grande toxicité.

M. G. DAUMÉZON. — Il est difficile de fixer le traitement standard d'attaque du delirium tremens. En effet, le delirium tremens est l'état de déséquilibre grave des divers systèmes de régulation qui intervient sur le cerveau intoxiqué, en général à l'occasion d'un déséquilibre créé par le manque de toxique et qui s'est préalablement manifesté par une phase confusionnelle avec onirisme.

La forme de ce déséquilibre n'est pas univoque. A chaque manifestation correspond une thérapeutique symptomatique dont l'utilisation revêt en général un caractère d'urgence. Ainsi peut-on expliquer que ces auteurs, qui insistent spécialement sur la nécessité d'utiliser tel ou tel traitement, obtiennent en fait des résultats semblables bien que les traitements soient différents. C'est qu'en réalité, ce qui a été le plus utile, c'est le traitement dans les thérapeutiques symptomatiques variées, auxquelles ils ont eu recours au cours de l'application du traitement, qui a leur préférence.

En ce qui concerne l'utilisation de la chlorpromazine, j'en fais moi-même usage volontiers, en évitant toutefois de l'employer chez des sujets qui présentent un effondrement tensionnel, à cause de l'action adrénalytique de ce produit, mais aussi chez les sujets en delirium présentant un syndrome de pâleur hyperthermique.

Résultat d'une lobotomie après 7 ans,
par MM. A. REQUET, P. WERTHEIMER et J.-M. ANGEL.

Nous ne publions pas ce très beau succès thérapeutique de la lobotomie pour en améliorer inutilement la statistique, qui s'honore déjà d'un nombre assez considérable de guérisons inespérées, peut-être les plus belles de la psychiatrie. Mais nous voulons simplement, à l'occasion d'un des premiers exemples de la psycho-chirurgie, discuter une fois de plus, avec preuve à l'appui, de cette forme de traitement, dont la pratique semble exiger aujourd'hui une justification de plus en plus légitime.

Le malade dont nous rapportons l'histoire est un exemple typique, qui vient illustrer l'évolution présente de la situation psychiatrique : après des années d'internement dans divers asiles d'aliénés et l'essai infructueux de plusieurs cures, il avait fini par échouer dans un pavillon cellulaire, où son agitation particulièrement agressive et constante le confina bientôt dans l'isolement carcéraire. Parfaitement inabordable, ce jeune homme vivait dans la solitude et la dégradation la plus complète, n'ayant pour tout contact humain que la distribution furtive de ses repas. Un tel état de chose, d'une pareille gravité, peut malheureusement durer longtemps, laissant, en fin de compte, à la rémission des symptômes, des êtres repliés sur eux-mêmes, méfiants, asociaux, stéréotypés, et dont les possibilités de réadaptation sont, dans les meilleurs cas, souvent infimes. Or, pour notre malade, dès l'intervention cérébrale, la situation change du tout au tout : c'est d'abord la possibilité du retour dans un pavillon de cure avec mobilisation autour de lui de tout le nursing nécessaire et reconditionnement des contacts humains et des réactions sociales élémentaires ; puis c'est le retour dans la famille avec la réadaptation maternelle, et enfin la maturation adulte avec l'acquisition de moyens d'existence, la fondation d'un foyer et les responsabilités qu'il entraîne. On peut donc l'affirmer avec certitude : l'opération cérébrale a ouvert la voie de la guérison, car depuis ce moment, ce fut une progression constante vers la maturation et la réadaptation sociale, avec dépassement du niveau antérieur à la maladie. En tous les cas, cet homme a quitté depuis bientôt sept ans déjà l'hôpital psychiatrique et son pavillon cellulaire, où, sans lobotomie, il serait certainement encore, au moins d'une façon épisodique, contribuant ainsi par sa présence à cette aliénation chronique et cet enlèvement sans espoir des services de malades mentaux. En toute honnêteté, nous pouvons donc dire que ne pas opérer ce malade eût été une faute professionnelle lourde à tous les points de vue, et qu'on ne voit pas très bien, d'autre part, l'insidieuse analogie qu'on essaye d'établir entre un procédé thérapeutique pouvant aboutir à une véritable libération et l'application de moyens de contrainte, qui n'ont jamais guéri

personne. A ce compte, les cures de sommeil sont aussi des camisoles médicamenteuses.

Mais il y a plus grave encore, Dans l'état de nos civilisations occidentales, plus que pour tout autre malade, le temps travaille contre le fou. Pendant ses séjours interminables dans les services psychiatriques, il se détériore, d'abord par lui-même et sa maladie, mais aussi par le milieu sans fonction qui l'entoure, il vieillit, il perd ses qualités professionnelles, son format social et la place qu'il s'était faite par son travail. Quand, marqué par cette détérioration chronologique fondamentale, il quitte l'hôpital psychiatrique pour rentrer dans un monde qui ne veut plus de lui, il ne sera plus qu'un déclassé ou un parasite. Il semble donc que le facteur temps joue, en général et plus spécialement dans les conditions actuelles de l'assistance psychiatrique, un rôle particulièrement nocif chez les aliénés, au delà d'un certain ordre de grandeur. S'il est vrai qu'il y a des guérisons spontanées, qui se font après une évolution suffisamment longue, elles se raréfient singulièrement au fur et à mesure de l'âge de la maladie. C'est là que doivent intervenir les thérapeutiques d'exception, comme la lobotomie, comme doivent intervenir dès le début de la psychose les autres méthodes psychiatriques habituelles. On peut guérir un syndrome d'invasion schizophrénique en deux ou trois mois par la cure de Sakel et rendre un jeune homme à son métier ou son administration, sans éveiller le moindre soupçon. Mais on peut aussi faire tourner court par la lobotomie un délire évolutif grave et rendre à la société un homme encore en pleine valeur, après des années de maladie. Témoin ce professeur d'école technique qui, après 5 ans de psychose paranoïde et d'internement, peut retrouver son foyer et sa chaire, qu'il aurait irrémédiablement perdus sans la main du neuro-chirurgien. Témoin également cet étudiant de mathématiques supérieures qui, après des années d'internement pour catatonie grave, put reprendre ses études et passer ses examens de licence. Ces exemples, et il y en a bien d'autres, montrent à quel point il faut agir, si l'on ne veut pas condamner des malades à être les victimes de postulats plus ou moins provisoires.

La lobotomie est donc un grand moyen thérapeutique. Si elle ne guérit pas tous les malades qu'on lui propose, du moins elle ne les aggrave pas, sauf erreur technique, que nous n'avons jamais vue. Et dans certains cas bien individualisés, elle est vraiment l'acte thérapeutique ultime, qui guérit.

OBSERVATION. — S... Roger, né en 1923, célibataire, sans profession. Admis à l'hôpital du Vinatier le 14 décembre 1946, à l'âge de 23 ans, venant du service ouvert, avec le diagnostic d'hébéphrénocatatonie.

Renseignements par la mère : pas d'hérédité. Parents divorcés depuis 1939, le jeune homme avait 16 ans : le père, ivrogne et brutal, faisait des scènes violentes à la mère, en présence des enfants. Donc défection paternelle, qui jouera un grand rôle par la suite dans l'éclosion et l'évolution thématique

de la maladie. Le père se remarie. Les enfants, au nombre de deux, une fille et un garçon, sont confiés à la mère, qui ne se remarie pas et les élève seule. A noter que la fille a été victime d'un traumatisme crânien, pour lequel elle a été trépanée.

Rien de particulier n'a été signalé dans l'enfance et l'adolescence du malade. En octobre 1941, à 18 ans, il s'engage dans la marine : comportement typique de la défection paternelle, qui a marqué ce garçon. Après un stage de six mois, il est nommé canonnier de 1^{re} classe et part en 1942 pour les colonies à bord du « Suffren ». Paludisme.

Après neuf mois de croisière, à l'âge de 19 ans, début des troubles mentaux : au cours d'une visite de la ville de Pernambouc, il fait une crise chez le coiffeur et au restaurant, se plaignant qu'on le regardait de travers et voulant se battre. Ramené à bord par la patrouille et mis à l'infirmerie du bateau, où il passe plusieurs semaines. Envoyé ensuite à l'hôpital psychiatrique de Ber-Echid, où il reste un an. Traitement par chocs. Rapatrié à Toulon le 12 mai 1945 : reconnaît sa mère et pleure. Placé alors à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu, de juin à septembre 1945 : dix séances d'électro-chocs, avec grande amélioration consécutive. Transféré à ce moment à l'hôpital de Saint-Egrève : permission de quinze jours chez lui, qui doit être interrompue par une crise d'agitation qui le ramène à l'hôpital. Quelques séances d'électro-chocs. Puis transfert à Lyon.

Depuis l'admission, on constate : narcissisme intense ; vit nu sur son lit et se masturbe plusieurs fois par jour (mange son sperme). Etat d'insécurité permanente : traqué, aux aguets, et, dès qu'on s'approche, attaque. Gâtisme et barbouillage. Très préoccupé par le divorce de ses parents : il pense qu'il est ici pour provoquer leur réconciliation. Le Rorschach est extratensif au maximum. Physiquement, tout est en état.

Du 17 janvier au 17 mai 1947, traitement insulinaire associé à des chocs convulsifs au cardiazol. Il a reçu ainsi en 104 jours de traitement, 11.840 unités d'insuline, avec 55 comas et 23 chocs. Traitement très bien supporté. A la suite, il y a une amélioration assez considérable avec bonne réadaptation, propos lucides, calme et docilité. Demande à retourner auprès de son père pour travailler avec lui. Idées et comportement mégalomanes compensateurs sous forme de lieux communs conventionnels collectifs et infantiles (Big John ; il écrit de son ranch à sa fiancée). N'est plus traqué.

Cette amélioration n'a duré qu'un certain temps. Elle a fait place assez rapidement à une agitation joyeuse, exubérante, gamin, très motrice. Puis le comportement d'insécurité a repris et le tableau clinique du début est réapparu : agressif, masturbateur et destructeur. Même apparition de comportements anaux. Amaigrissement.

L'indication d'une lobotomie est posée.

Intervention le 21 juillet 1947 (professeur Wertheimer). Pendant le mois qui suit l'opération, c'est-à-dire le mois d'août, on note que le comportement de ce malade est complètement changé : il n'est plus du tout agressif, mais docile, voire suggestible. Le niveau narcissique est le même : il se masturbe, urine au lit et respire ses urines. Il est d'ailleurs complètement gâteux. Echomimie, écholalie, imitation, se montrent d'une façon plus ou moins intense ; ainsi que l'euphorie. Il semble qu'on ait mis cet homme à un niveau réduit, qu'il n'ait plus besoin de dominer par l'agression. Rorschach impossible : ne donne que deux réponses sur dix ; quatre sont des échecs et les quatre dernières sont éliminées, car il interrompt l'examen.

La mère le trouve cependant beaucoup mieux et le reprend avec elle à Grenoble le 22 septembre 1947. A partir de ce moment, voici les étapes successives du reconditionnement progressif de ce très grand malade psychiatrique jusqu'à la resocialisation complète. Ces renseignements nous ont été fournis par correspondance et par une visite du malade lui-même.

Le 2 octobre 1947 : calme, docile, sort seul, va au cinéma. Très bon état physique, augmente de poids, mais urine encore au lit.

Le 13 novembre 1947 : n'urine plus au lit mais se montre nerveux, parfois brutal. Empêche sa mère de rentrer chez elle. Parfois affectueux, mais souvent n'est pas maître de lui.

Le 9 décembre 1947 : bons moments, commence à travailler (essais d'ajusteur), va voir son père.

Le 20 janvier 1948 : crise d'agitation violente, où il fait des dégâts, frappe, ne travaille pas. Il est question de le ramener à Lyon. Cependant le 21 janvier, c'est-à-dire le lendemain, lettre très lucide du malade lui-même, réclamant sa carte de textile.

Le 8 mars 1948 : entre à l'atelier-école de l'usine Merlin et Gérin, pour le tournage. Se dispute avec son père, qui ne veut rien faire pour lui ; toute la rééducation, les démarches, sont faites par la mère.

Le 1^{er} octobre 1948 : fugue à Paris ; au retour, se fait arrêter à Dijon parce que voyageant sans billet. Incarcéré. Intervention auprès du procureur : 2.000 francs d'amende. Plus calme après sa sortie de prison.

Le 15 juin 1949 : vient à Lyon pour une pension militaire. On note : résultat remarquable, un autre homme, avec une autre physionomie. Travaille dans une chocolaterie depuis deux mois : donc se stabilise et gagne sa vie. Va se marier : fait des projets, avec sa femme ils tiendront un magasin d'alimentation. Heureux comme un enfant : embrasse sa mère. « Je ne suis pas encore un homme », voulant dire par là qu'il n'est pas encore assez fort et assez mûr, à tous les points de vue ; « je ne remplis pas assez mon costume ». Il y a donc un certain sentiment d'infériorité, mais avec sa critique et le besoin de le surmonter. La physionomie exprime une certaine gravité. Très ému de revoir le médecin : il ne peut presque pas parler.

Le 22 juin 1949 : certificat pré-nuptial.

Le 14 septembre 1949 : réclame lui-même un certificat lui donnant droit à la tierce-personne pour voyager.

Le 9 septembre 1952 : marié, père de deux enfants. Tout le monde se porte bien.

Le 26 juin 1953 : travaille régulièrement et vient d'avoir son 3^e enfant.

Le 14 novembre 1953 : toute la famille va bien.

Le 7 mars 1954 : très bonnes nouvelles. Travaille comme ouvrier papetier. Logement à la campagne de trois pièces. Depuis deux ans, ne prend plus de médicament, mais souffre de temps en temps de céphalées. Sa femme et ses enfants vont bien.

Il est rare, en psychiatrie, même à l'heure actuelle, de trouver un film aussi complet d'une guérison aussi complète.

DISCUSSION

M. M. LECONTE. — Je voudrais faire des réserves sur la formule lapidaire employée par l'orateur, à savoir que le temps travaille contre l'aliéné.

Le temps travaillait contre l'aliéné quand le psychiatre avait la charge de mille malades, sans collaborateurs, sans moyens thérapeutiques suffisants.

Il travaille pour lui dans la mesure où l'on s'en occupe. où on le suit, révisé son état sans le perdre de vue en recherchant des étiologies.

Avec de telles formules, on risquerait peut-être de faire procéder à des lobotomies préventives chez des sujets suspects seulement de troubles mentaux.

Nous avons tous connu des cas semblables guérissant sans lobotomie, et d'autres sujets, retomber dans des syndromes identiques à ceux qui avaient motivé la lobotomie et parfois guérir à la faveur de ces changements où intervient parfois cette mystérieuse périodicité dont on trouvera, peut-être un jour, les facteurs étiologiques, endocriniens ou non. L'amélioration n'est pas toujours due à un changement extérieur et social, elle est parfois endogène et biologique.

M. H. BARUK. — Je voudrais m'associer à ce qui vient d'être dit, notamment par M. Leconte. Il n'est pas exact de prétendre que le temps travaille toujours contre les malades mentaux. Dans un service très organisé, le temps travaille pour eux plus souvent qu'on ne le croit, lorsqu'on s'en occupe. Il est bien préférable de s'en occuper dès le début, au lieu d'attendre, pour le faire, une lobotomie. Il faut aussi tenir compte des nombreuses formes atypiques de psychose périodique, en particulier de cas de manies susceptibles de guérir parfois brusquement à l'occasion des circonstances les plus variées.

M. G. DAUMÉZON. — Il me paraît indispensable de préciser, spécialement lorsqu'on parle de résultat de lobotomie chez les schizophrènes, un bilan sémiologique aussi complet que possible des troubles présentés par le malade traité.

Je pense que la communication de M. Wertheimer nous renseignera exactement à ce sujet d'une manière plus précise. Je désirerais savoir si le malade traité présentait un délire important trahissant une atteinte déjà notable de sa personnalité ou, au contraire, des réactions délirantes compensatrices limitées, comme on en voit souvent chez les hétérochènes. L'expérience, en effet, a semblé me montrer que les riches délires à forte charge complexe, mais dont les structures sont profondément enracinées de manière à éliminer l'angoisse qui les sous-tend, sont d'un pronostic spécialement fâcheux.

Mlle M. CAVÉ. — Je pense que la lobotomie a agi dans ce cas de la même façon dont elle agit dans les préoccupations obsédantes : elle ne modifie pas le fond mental mais elle rend l'individu indifférent à ce qui constituait auparavant l'essentiel de sa vie affective, elle détruit des mécanismes réactionnels.

Je me suis efforcée de montrer que le jeune schizophrène était placé dans une situation affective sans issue, à laquelle ses impulsions, ses actes absurdes, ses idées délirantes, sont autant de réponses. La possibilité d'émettre ces réponses étant supprimée par la lobotomie, l'individu étant devenu indifférent à ce qui constituait autrefois sa hantise, il lui devient alors possible d'utiliser l'adaptation au réel — peu brillante en général — qu'il avait acquise jusqu'à l'écllosion de sa maladie.

Une mutilation cérébrale peut supprimer des réactions affectives nuisibles (au prix d'une perturbation apportée dans le fonctionnement normal de l'affectivité humaine), mais elle ne peut pas être en elle-même un facteur d'évolution.

A propos de la guérison chirurgicale d'un syndrome démentiel évoluant depuis plus de 20 ans, par MM. P. WERTHEIMER et J.-M. ANGEL.

L'observation que nous vous présentons tire son intérêt de la possibilité qu'elle offre, par le succès thérapeutique obtenu au moyen d'un procédé tout à fait inhabituel, d'échafauder des hypothèses assez curieuses quant au processus pathogénique de la guérison.

OBSERVATION. — Nous voyons ce malade pour la première fois le 14 octobre 1948. On nous le montre d'ailleurs en vue d'une lobotomie. Il s'agit d'un homme de 43 ans, présentant un bon état général.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents familiaux si ce n'est que son père a été tué au début de la guerre 1914-1918 et que sa mère s'est assez rapidement remariée. Notre malade a un frère plus jeune que lui ; il n'y a pas d'enfant du second mariage. Nous savons par le frère du malade que l'atmosphère familiale a été, en général, bonne, et la seule autorité que le malade a eu à subir a été celle de sa mère, son beau-père étant d'un tempérament particulièrement doux et conciliant.

Notre malade a des difficultés au point de vue scolaire. Il apprend d'abord l'horlogerie puis la mécanique, se montrant incapable de poursuivre des études secondaires malgré les désirs de sa famille. Dès son adolescence, il accuse une tendance très nette pour l'isolement et ce comportement « renfermé » lui crée des difficultés dans les différents établissements où on tente de le laisser pensionnaire. Il n'a jamais fait de fugues.

Il part faire son service militaire, mais au bout de quelques mois il est adressé au Val-de-Grâce, et il est réformé définitif.

A partir de ce moment, son comportement devient nettement pathologique. D'après les renseignements que nous avons pu obtenir, il semble qu'il ait eu surtout un état catatonique. Il fait à différentes reprises des séjours prolongés dans une maison de santé. Il a eu des périodes d'amélioration mais très relatives, où il ne s'occupe de rien. Cependant, en 1932, il a une bonne amélioration qui lui permet de faire un apprentissage dans la photographie. A partir de 1933 jusqu'à la guerre, il vit pratiquement dans une maison de santé. Il est repris par sa famille en 1939. A partir de cette date et jusqu'en 1947, le malade ne sort pas de sa chambre. Cette période est qualifiée par le frère du malade comme une période de fakirisme. Le malade ne prenait jamais aucune initiative, restait absolument immobile pendant des heures entières. Il était ainsi capable de rester deux ou trois heures en position semi-accroupie sur un seau de toilette. Il ne sortait de cet état que pour prendre des colères extrêmement violentes. Périodes de gâtisme et de masturbation.

A partir de 1947, le malade essaie de faire quelques gestes, mais tout lui est extrêmement pénible et son comportement témoigne d'une inhibition très vive : pour sortir de sa chambre, il est obligé de faire un très gros effort et transpire abondamment, pâlit, et ne peut sortir qu'à la faveur d'une colère. Il a alors un comportement « rageur » et paraît souffrir de son état. Cependant, à partir de l'été 1948, il s'alimente plus facilement seul mais ne s'intéresse à rien d'autre.

Lors de notre premier examen, le 14 octobre 1948, le malade a surtout une attitude négative. Lorsque nous lui demandons de se déshabiller, il est

pris d'une grande angoisse, transpire, fait une véritable crise de tachycardie (140) avec essoufflement. Il répond à nos questions par monosyllabes. C'est lors de l'examen physique que nous nous rendons compte que le malade a une difficulté réelle pour se servir de ses mains. Ceci est dû à une ankylose des doigts en flexion forcée sauf pour le pouce, qui est surtout libre à droite. Il est pratiquement impossible donc de faire ouvrir les mains du malade qui ne peut faire, en somme, usage que d'une assez bonne pince à droite, une pince médiocre à gauche.

Ce malade nous était montré en vue d'une lobotomie. Nous avons refusé de discuter l'indication de celle-ci en raison de l'importance fonctionnelle des mains de notre malade. Nous avons donc dit à la famille qu'il était nécessaire de rendre à ces mains leur valeur fonctionnelle avant de parler de thérapeutique psychiatrique. Nous pensons, en effet, que la guérison par la lobotomie étant subordonnée à une réadaptation générale du malade, il n'était pas possible d'envisager celle-ci, pour notre malade, avec des mains infirmes.

La famille de ce malade voulut bien suivre nos suggestions thérapeutiques. Sous anesthésie générale, les ankyloses des doigts ont été rompues, les doigts mis en plâtre, en extension. Ce geste fut répété plusieurs fois avant que ne fût obtenue, en l'espace de quelques mois, une amélioration fonctionnelle satisfaisante. Mais le fait le plus étonnant ne fut point la lente amélioration des mains de notre malade, mais celle plus impressionnante et plus rapide de son psychisme. Le malade se mit à parler, à poser des questions, à lire le journal. Il demanda à conduire, ce qu'il fit sans grande difficulté. Il s'intéressa au commerce de son beau-père et, lorsque ce dernier mourut en 1952, le malade en prit partiellement la charge.

Voilà l'observation que nous voulions soumettre à votre interprétation. Dans quel cadre peut-on faire entrer cette guérison, survenue plus de vingt ans après l'écllosion de troubles aussi graves. On peut, bien entendu, soutenir qu'il s'agit d'une *guérison spontanée*. Le cas pourrait ainsi s'apparenter aux cas de guérison tardive décrits par le professeur Baruk. Un argument est en faveur de cette thèse : lorsque ce malade nous fut montré, il était déjà dans un état moins spectaculaire ; le frère du malade, homme très intelligent et observateur, nous dit qu'il y avait depuis quelques mois un certain apaisement plutôt qu'une amélioration à proprement parler.

Quoi qu'il en soit, cette guérison nous apparaît comme justifiant au plus haut point la notion de *guérison fonctionnelle*. C'est en recouvrant l'usage de ses mains que notre malade s'est progressivement ouvert à la vie de tout le monde. A notre sens ce malade illustre d'une manière originale le bien-fondé de toutes les initiatives d'ergothérapie. Cette illustration combine l'impotence fonctionnelle des mains avec la perturbation psychique et la reprise de l'activité manuelle avec le réveil de l'activité psychosociale d'adaptation.

Notre thérapeutique, cependant, a été proprement *somatique*. On peut invoquer, bien entendu, le fait des deux anesthésies générales. En réalité, l'acte thérapeutique a porté sur la mise en ordre d'une fonction somatique motrice. Ce qui nous paraît surtout intéressant ici c'est la mise en évidence du lien, parfaitement concret dans le cas

présent, entre la mise en ordre d'une perturbation aussi apparente qu'une ankylose des mains, et la mise en ordre des fonctions psychiques. Le fait qu'on puisse guérir un état aussi sévère par un geste somatique aussi nettement orienté dans le sens pragmatique — puisqu'il concerne les mains ! — témoigne de la place considérable que doit prendre, au sein même de la perturbation mentale, la possibilité de la réadaptation sociale. Au fond la guérison n'est pas « en soi », dans l'absolu, elle est en fonction de quelque chose, et ce « quelque chose » nous semble trouver dans les « mains closes » de notre malade un symbole d'une haute valeur.

M. G. DAUMÉZON. — L'intervention chirurgicale pratiquée ici est sans aucun doute un acte agressif qui a sa signification. On ne peut pas manquer d'évoquer le fait qu'il portait sur les mains du malade et que celui-ci, en période de crise, présentait des impulsions à donner des coups de poing.

L'internement pourrait être l'exception (expérience d'un service départemental de psychiatrie sans internement), par M. S. FOLLIN.

Les circonstances nous ont amené à traiter pendant deux ans la totalité des malades mentaux du département (Tarn-et-Garonne), sans avoir la possibilité matérielle de les interner. Le seul service départemental existant est constitué, jusqu'à la réouverture prochaine du quartier d'hospice régi par la loi de 1838, supprimé en 1942, par un service « ouvert », comprenant un seul pavillon de femmes de 65 lits et deux pavillons hommes de 59 lits pour les malades courants, et 17 lits pour les incontinents ou infirmes. Jusqu'en 1951 les malades pour lesquels l'internement s'imposait (déjà peu nombreux, 15 % environ des admissions) étaient dirigés par le chef du service d'alors, le D^r Barère, sur l'hôpital d'Agen, où se trouvent encore internés 120 aliénés chroniques. Ce chiffre dépassant largement les prévisions du contrat entre les deux départements voisins, l'hôpital psychiatrique d'Agen refusa en 1952 de recevoir davantage de malades. Il devint dès lors impossible d'interner les malades du Tarn-et-Garonne dans les hôpitaux psychiatriques des départements voisins, surencombrés. Je me suis délibérément refusé, dans cette situation, à proposer la « fermeture » légale du service ouvert et à contraindre ainsi la totalité des malades mentaux du département à l'internement. J'avais espéré d'ailleurs que les réaménagements des services anciens seraient plus rapides, permettant d'ouvrir un petit service fermé et de régulariser la situation. En fait, les travaux ne seront terminés que cet été et pendant deux ans la situation est restée dans l'illégalité la plus totale. Cette expérience me paraît assez originale pour mériter d'être rapportée avec quelques commentaires. Me limitant aux faits stricts, je m'excuse de laisser délibérément de côté toute considération historique de fait ou de doctrine.

1° QUELQUES CHIFFRES BRUTS

Les statistiques de l'année 1953 donnent : 318 malades admis, de toute condition et de toute catégorie nosographique. L'effectif au 1^{er} janvier était de 136. 454 malades ont donc été traités dans l'année dans les 141 lits existants, soit un coefficient d'occupation de 3,3 par lit.

Les sorties représentent 193 sorties directes par amélioration ou guérison, 41 sorties par guérison après passage dans le service de médecine générale (généralement les alcooliques les plus légers terminant leur cure dans un service de médecine pour faire de la place au service de psychiatrie) ; soit 73 % de sorties par guérison avec une durée moyenne de séjour de 42 jours. Mais à ce chiffre il faut ajouter 22 placements familiaux, non à la charge des collectivités, mais soit au pair, soit véritable reclassement agricole à capacité réduite de la sécurité sociale, généralement des sujets arriérés ou légèrement affaiblis. Ces 22 malades représentent une moyenne de 225 jours de séjour. Enfin, 24 placements en hospices cantonaux, généralement déments séniles ou arriérés très profonds, qui avaient une moyenne de 542 jours de séjour au service de psychiatrie. C'est dire qu'il s'agissait des malades les plus chroniques. Au total, 87 % de succès thérapeutiques et sociaux, avec une moyenne générale de 110 jours d'hospitalisation.

Ces chiffres doivent être tempérés par un nombre important de rechutes. Nous nous sommes refusé systématiquement à ajouter des lits à un service déjà surencombré. Nous avons préféré faire des sorties prématurées. Cela nous a coûté 13 % de rechutes dans les trois premiers mois, mais sans aucun incident. En les retirant du total on peut ainsi chiffrer l'efficacité thérapeutique minima de ce service à 74 %.

Au 31 décembre 1953, il restait dans le service 90 malades ayant une durée de séjour supérieure à six mois et comprenant une bonne part de déliants, de schizophrènes, de déments ou d'arriérés graves, tous des malades comparables par conséquent à ceux que nous connaissons dans les hôpitaux psychiatriques. C'est dire que la population de ce service « ouvert » de Montauban, malgré l'absence des 120 malades internés à Agen, reste comparable à celle des hôpitaux psychiatriques de structure traditionnelle.

2° COMMENTAIRES GÉNÉRAUX. — Les aspects médicaux proprement dits n'ont aucune originalité particulière. Tous les traitements classiques ont été utilisés. Nous avons souligné, au Congrès de Pau, avec P. Soubrier, l'intérêt des substances neuroplégiques et en général les cures de narcose de courte durée ou des vraies cures de sommeil. Ceci, joint aux psychothérapies habituelles, nous a permis de résoudre tous les problèmes d'agitation ; en deux ans pas un seul malade n'a été camisolé. Le service ne dispose d'aucune cellule mais seulement de 6 chambres généralement utilisées aux cures de sommeil.

Malgré l'absence de contrainte, aucun incident vraiment grave ne s'est produit comme la promiscuité, bien peu recommandable, d'un seul pavillon par sexe aurait pu le faire craindre.

Bien entendu, de telles conditions de fonctionnement nécessitent que ce service « ouvert » soit, comme beaucoup d'autres, fermé à clef ; beaucoup plus, d'ailleurs, pour éviter les errances de certains débilés ou déments que pour empêcher les évasions que les locaux rendaient

faciles. Plus de la moitié de la population travaille dans l'hôpital et bon nombre circulent en liberté.

Ainsi, les conditions matérielles du service n'ayant rien à envier à la plupart des hôpitaux psychiatriques, a-t-on l'impression que l'importance relative des succès obtenus et l'absence d'incidents graves tiennent aux conditions particulières de fonctionnement.

Dans la règle, les malades sont amenés, soit par l'ambulance de l'hôpital qui va les chercher avec deux infirmiers du service, soit adressés directement par leur médecin traitant et il n'est pas exceptionnel que celui-ci les accompagne et les installe personnellement. Naturellement le médecin-chef du service décide en dernier ressort de la nécessité et de l'urgence du placement. Les difficultés de l'admission sont infimes, lorsque l'on s'efforce de lui donner un caractère médical aux yeux du malade lui-même. Sur les 318 admissions de 1953, 5 malades en tout furent placés par les services de police ou de gendarmerie en vertu de l'article 19 de la loi de 1838. A ceux-ci il faut ajouter 4 médico-légaux, dont 3 en liberté provisoire et pour observation, et un criminel, transféré de la prison pour confusion alcool-épileptique grave.

On peut même être surpris de la facilité avec laquelle certains délinquants, systématisés ou non, acceptent le placement proposé par le médecin.

Plus délicat, du moins sur le plan juridique, et nous y reviendrons, était le problème de la sortie. Mais là aussi les difficultés vraies ont été minimes. Cinq fugues en tout et pour tout se sont produites en 1953, les malades réintégrant, soit eux-mêmes le lendemain, soit après intervention des infirmiers du service. Deux de celles-ci auraient cependant pu être très graves.

1° Une fille-mère, débile mentale, enceinte pour la troisième fois, extrêmement anxieuse, place une traverse de bois sur les rails du chemin de fer pendant une nuit d'errance. Il n'y eut heureusement pas de suite. La malade réintégrée, guérit de sa dépression dans les semaines qui suivirent.

2° Un dément précoce, particulièrement vindicatif à l'égard de ses parents domiciliés près de l'hôpital, s'évade et va briser les meubles chez lui. En raison de l'intérêt du cas et de la nocivité de la proximité de la famille, il a pu être interné à Saint-Alban. C'est le seul et unique internement de l'année 1953.

Sans doute existe-t-il quelques malades récalcitrants et nous reviendrons plus loin sur les problèmes qu'ils posent. Retenons seulement que certains malades, même très protestataires, ne s'évadent pas alors qu'ils circulent en liberté à l'hôpital, avec des portes directement ouvertes sur la rue. Les incidents vrais sont minimes par rapport à la souplesse de la formule du service libre et à l'importance des résultats obtenus.

3° **LIAISON AVEC LE RÉSEAU D'HYGIÈNE MENTALE.** — Il faut ici souligner cet aspect particulier. *Le service « ouvert » de Montauban est*

en fait devenu le centre de traitement hospitalier d'un service départemental de psychiatrie, pour lequel 8 consultations mensuelles ont fonctionné en 1953. Sur 589 consultants, nous avons eu à examiner 310 adultes (140 hommes et 170 femmes), donc nettement plus d'adultes que d'enfants. 149 de ces sujets étaient sortis de l'hôpital psychiatrique et par conséquent suivis en post-cures, mais 17 seulement ont été hospitalisés à la suite de ces consultations ; parfois conduits directement par moi-même à l'hôpital dans ma voiture. C'est dire que le service d'hygiène mentale, tout en facilitant celles qui étaient indispensables, loin de provoquer l'hospitalisation, a essentiellement aidé au traitement ambulatoire, à la psychothérapie, à l'assistance des malades en liberté, aux post-cures, et par là à une sortie rapide. Le service d'hygiène mentale ne disposait que d'une seule assistante sociale à mi-temps, animatrice et pivot de l'ensemble du service. Elle a surtout été la jonction permanente avec les assistantes polyvalentes du secteur, vivant et travaillant sur place en contact direct avec les malades et leurs familles. La formation de ces assistantes sociales de secteur par des conférences, par des discussions au cours des consultations, paraît aider considérablement à renforcer l'efficacité de ce service médico-social psychiatrique départemental. Il me paraît vraisemblable de penser que le caractère médico-social pratique que prend ainsi la psychiatrie contribue pour beaucoup à lever la masse des préjugés concernant la folie, aide ainsi au traitement des malades, et a contribué à faciliter les problèmes mêmes intérieurs au service hospitalier.

Ajoutons que le contact direct du médecin, ou indirect par les assistantes sociales de secteur avec les familles avait été fortement développé.

4° ILLÉGALITÉ DE LA SITUATION. — Mais quels que soient les avantages et la souplesse d'un tel service, il n'en est pas moins vrai qu'il existe quelques difficultés, qui tiennent au caractère parfaitement illégal du maintien en traitement des malades mentaux sans protection de leur personne ni de leurs biens. J'avais moi-même fait part de mes craintes au procureur. En fait, les difficultés vraies ont été infimes par rapport à mes scrupules.

a) *Protection de la personne.* — Il existe des malades protestataires mais ils ne dépassent pas la dizaine sur les 454 malades traités en 1953. Généralement les malades ne passent pas outre à une explication franche dans des termes à eux accessibles liant la nécessité de poursuivre le traitement à la solution de problèmes de milieu les concernant. Cinq malades (trois grands délirants, un criminel médico-légal et un déséquilibré antisocial) ont écrit au procureur, sur ma suggestion d'ailleurs. Chaque fois celui-ci, après s'être informé auprès du médecin, a répondu au malade en soulignant la compétence particulière de celui-ci pour résoudre le problème de sortie qui lui était posé. En fait, c'est bien ainsi qu'il en est dans le cadre de la loi de 1838, le maintien des malades contre leur gré en fonction de leur

maladie repose sur un diagnostic médical dont nous avons l'entière responsabilité ; la forme juridique n'est qu'une garantie de la liberté individuelle. Personnellement, je n'ai eu qu'à me féliciter d'avoir été contraint, malgré mes craintes, d'assurer, face au malade lui-même, une responsabilité aussi strictement médicale.

Des exemples nombreux sont à citer : une délirante hallucinée proteste tous les jours contre son maintien bien qu'elle sorte se promener tous les dimanches avec sa famille. Elle ne s'évade d'ailleurs pas. Elle avait été hospitalisée pour avoir lancé des pierres sur les automobilistes, accusés par elle de lui envoyer des gaz. Il était vraiment difficile de la renvoyer seule chez elle sans danger et les conditions matérielles ne permettaient pas à la famille d'en assurer la charge complète.

Un garde-champêtre, alcoolique déséquilibré, placé pour la cinquième fois, proteste contre son maintien mais ne fait aucune tentative d'évasion alors qu'au sixième mois de son hospitalisation, il travaille en semi-liberté à l'hôpital.

Un inspecteur de police paranoïaque, persécuté, dissimulant un délire de grandeur, entre à l'hôpital sur ma simple demande à un moment où son exaltation passionnelle risquait de le conduire à des voies de faits. Depuis un an, il est maintenu dans le service bien que très amélioré mais non guéri, en l'absence de solutions sociales. Il a écrit au procureur pour protester mais n'a jamais fait la moindre tentative d'évasion.

Faisant part de mon expérience à M. le procureur, lors de mon départ, il me demandait, en juriste, quelle pouvait être la valeur du consentement à l'hospitalisation et au maintien de ces malades. Il est de fait que l'illégalité est totale. Mais, du point de vue médical strict, il me paraît que cette objection est valable essentiellement pour les débiles profonds et les déments, les moins protestataires justement de ces malades. Le plus souvent, les autres malades acceptaient et même demandaient des soins.

A cela s'ajoutent les protestations familiales. Il n'y en a pratiquement pas eu. Deux fois j'ai laissé retirer par leurs parents, et sous leur responsabilité, des malades inoffensifs, parfois réhospitalisés quelques semaines plus tard. Une seule mère a protesté auprès du procureur contre le maintien de son fils, déséquilibré antisocial.

Ainsi, il semble qu'une infime minorité de malades, moins de 10 %, étaient internés de fait, c'est-à-dire maintenus contre leur gré, et l'on peut certainement regretter qu'ils n'aient pas bénéficié de toutes les formes juridiques de protection de la personne. La loi de 1838 a donc encore son intérêt mais l'expérience de Montauban tend à montrer le peu d'extension de cette nécessité.

b) *La protection des biens.* — Ce problème est bien plus difficile à résoudre parce qu'il n'est pas en soi un problème médical mais seulement la conséquence juridique civile du problème médical. En fait, très peu nombreuses sont les difficultés. Dans la règle il n'y a pas de problème des biens.

A titre pittoresque, on peut signaler ce paysan solitaire conduit à l'hôpital en état de délire alcoolique subaigu, porteur d'un million en espèces sur lui, déposé à la caisse, et qu'il retrouva six semaines plus tard. Les clés des appartements peuvent être déposées à l'hôpital.

Bien souvent les problèmes de gestion ne sont pas urgents. Ils peuvent attendre la guérison. D'autre part, il n'est pas nécessaire que le malade soit interné pour que le receveur de l'hôpital reçoive et prenne en compte les arrérages de retraites dont le malade peut être bénéficiaire. Sur tous ces points on saisit l'importance du service social connaissant bien le milieu, pouvant à la fois informer le médecin et aider à la solution de certains problèmes.

Les difficultés principales tiennent à la gestion des biens, immeubles, propriétés ou commerce, et au règlement des successions.

Deux fois le procureur a dû être saisi de la situation. Pour l'un de ces malades, épileptique, intellectuellement affaibli mais non véritable dément, un conseil de famille formé à la diligence du procureur a désigné un conseil judiciaire chargé de régler les problèmes posés par les propriétés commerciales.

Pour l'autre, propriétaire d'une très belle propriété laissée en friche et menacé d'être grugé par ses voisins, une procédure d'interdiction est en cours sur la demande de la famille.

Le dernier cas est le plus épineux : il s'agissait d'une mélancolique à accès brefs, mais récidivant devant la moindre difficulté et entre les accès non guéris complètement, gardant un sentiment sérieux d'insécurité. Elle vivait à l'hôpital depuis trois ans, toute tentative de sortie se heurtant à une rechute ou à une menace de rechute. Cette malade étant très lucide, j'avais autorisé le notaire à venir lui faire signer une procuration pour régler une succession à laquelle d'ailleurs elle n'avait aucun intérêt personnel : le testament de son fils décédé laissait tout avoir à son épouse. Elle n'avait besoin que d'accepter la procédure de succession. Jamais nous n'avons pu obtenir qu'elle signe cette pièce ; lui en parler réveillait des sentiments d'insécurité et ont même provoqué une rechute sérieuse. En février 1954, en étudiant la situation sociale plus en détail, il s'avéra que cette malade avait un domicile de secours légal à Toulouse. Après accord avec notre collègue de l'hôpital Marchand, nous nous sommes résolus à l'interner, mais par voie d'office, car cet hôpital surencombré ne reçoit pas placements volontaires. Cette mesure absolument injustifiée semble-t-il sur le plan médical, la malade n'étant pas dangereuse pour l'ordre public, était devenue nécessaire pour pouvoir faire légalement désigner un mandataire *ad litem* et éviter une procédure d'interdiction, d'ailleurs guère plus justifiable.

Cet exemple illustre on ne peut mieux la nécessité de dissocier les mesures de protection de la sécurité publique, les garanties de la liberté individuelle et la protection des biens, comme le prévoient certains projets de réforme de la loi de 1838, en particulier celui de M. X. Abély.

En tout cas, l'expérience de Montauban démontre que la protection des biens des aliénés ne justifie leur internement que dans un nombre bien faible de cas.

Conclusions. — Sans doute, cette expérience d'un service départemental de psychiatrie en dehors de la loi de 1838 ne démontre pas la possibilité de supprimer complètement toute juridiction spéciale d'internement, mais cette nécessité ne nous est apparue dans ces circonstances assez exceptionnelles comme infiniment moins importante qu'il n'est habituel de le considérer. Il nous paraît, à la lumière de notre expérience, que le *traitement des malades mentaux en cure libre doit être la règle et l'internement l'exception*.

Mais, il faut y insister, cela n'a été possible qu'en raison du caractère très global de cette organisation et de sa structure médico-sociale au plein sens du terme. Le service départemental de psychiatrie — et pour toute région à population nombreuse on pourrait dire peut-être le service de psychiatrie de secteur — doit assurer la totalité des soins des aliénés et pas seulement tel ou tel aspect parcellaire.

Toute formule consistant à traiter les malades aigus à l'hôpital et les chroniques à l'asile, les malades consentants au service libre hospitalier, et les supposés protestataires en internement asilaire, voire même toute formule établissant un réseau d'hygiène mentale sans articulation fonctionnelle par l'équipe médicale responsable avec un service de soins paraît une formule bâtarde.

Outre la condamnation de l'internement systématique, l'expérience du service départemental de psychiatrie du Tarn-et-Garonne paraît donc avoir un autre intérêt, c'est de montrer les possibilités considérables d'une formule qui unifie le traitement hospitalier et ambulatoire, la thérapeutique et la prophylaxie, la précurse, la cure et la post-cure en liaison étroite avec les services sociaux, et particulièrement les services polyvalents locaux directement en contact avec les milieux où vivent nos malades.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — La très remarquable communication de M. Follin mérite d'être tout spécialement soulignée. En effet, M. Follin, par l'application d'une attitude droite, loyale, sans tromperies et juste, a su obtenir la confiance de ses malades, et tous les problèmes se sont trouvés considérablement facilités. Il a vérifié lui-même l'extrême importance de ces facteurs moraux, souvent proclamés, mais rarement appliqués. M. Follin a pu ainsi constater l'extrême importance de la méthode que nous avons étudiée sous le nom de « *chitannie* » (voir *Société médico-psychologique*, 26 novembre 1951).

Mais, étant donné que cette méthode est très difficile à appliquer, et assez peu répandue, il est prudent, pour les cas nombreux où les problèmes de la confiance sont en suspens, de conserver des garanties juridiques et légales. Il ne faut pas oublier, en effet, que la loi de 1838 a, au moins autant pour but, la protection de la liberté individuelle que la sécurité de la société. Si des précautions scrupuleuses ne sont pas prises, les dangers de séquestration arbitraire sont bien plus grands en services libres qu'en services fermés. Dans les premiers — et des faits concrets le laissent craindre — certains pourraient être tentés de faire hospitaliser de force des malades signalés, parfois même non examinés avant l'application de la mesure en question.

Dans l'état actuel de la législation, de telles mesures restent heureusement illégales, et on ne peut priver quelqu'un de sa liberté pour le mettre en traitement dans un hôpital psychiatrique qu'avec un certificat médical consécutif à un examen minutieux en bonne et due forme. Ne peuvent légalement entrer en service libre que les malades consentants, et légalement les malades ne peuvent y être maintenus sans leur consentement.

Que ce consentement soit très souvent obtenu par un médecin dévoué, juste, droit, loyal et scrupuleux, ceci ne fait pas de doute, et il est évident que cette obtention de la *confiance spontanée* doit être l'idéal recherché par tout psychiatre. Mais lorsque, pour une raison ou pour une autre, cette confiance n'est pas obtenue, soit pour des raisons d'attitude, soit malgré tout pour des raisons inhérentes à la maladie, les garanties de l'internement restent nécessaires, et gardent toute leur valeur, non seulement pour faire traiter le malade, mais encore pour protéger la personne, et les biens. A ce sujet, le placement volontaire reste très souple, et les facilités de sorties, de permissions, aident grandement l'effort thérapeutique.

Mais même dans le cadre de l'internement, l'effort du traitement moral et de la chitamnne présente une énorme valeur, et augmente considérablement les bons résultats thérapeutiques. C'est là la conclusion à retenir de la belle communication que nous venons d'entendre.

M. M. LECONTE. — L'intéressante communication de M. Follin ne surprend pas ceux qui ont été à la tête de colonies familiales et les élèves du D^r Toulouse, auquel il convient de rendre hommage.

En effet, il insista toute sa vie sur le fait qu'un bien plus grand nombre de malades qu'on croit pourrait être traité librement, et si ses idées sont appliquées de plus en plus, il n'est, nous semble-t-il, pas assez souvent honoré.

J'ai le souvenir de ma surprise lorsque j'ai pris mes fonctions à Ainay-le-Château, de voir des malades venir du fin fond d'un village « demander leur sortie », et cela sans jamais s'évader.

Follin a été bien fortuné de pouvoir disposer d'une assistante sociale.

En quinze ans de carrière, comme je le dirai tout à l'heure, je n'en ai disposé que pendant six mois. Je fais des réserves sur ce qu'il reconnaît être des sorties prématurées.

Enfin, compte tenu des légittimes remarques que M. le professeur Baruk a apportées sur la protection de la personne, il y a également lieu de signaler que ces services d'hôpital doivent être confiés à des psychiatres éprouvés et que la confusion des spécialisations, grâce au caractère hybride du titre et du diplôme de neuro-psychiatre peut être dangereux, étant donné les périls dont Follin nous a parlé et qui ne sont pas toujours minces.

M. J. RONDEPIERRE. — L'intérêt des services libres ne devrait plus être à vanter. J'ai maintenant plus de pensionnaires libres que de malades internés à la maison de santé de Neuilly-sur-Marne. J'ai un pourcentage de guérisons ou bonnes rémissions sensiblement égal à celui de M. Follin. Mon service libre fonctionne depuis plus de dix ans et je ne lui ai encore découvert aucun inconvénient. Le principal avantage est de traiter les psychoses à leur début. La durée moyenne du séjour en service libre a été d'environ 45 jours.

M. X. ABÉLY. — Je suis partisan du libéralisme le plus large dans l'hospitalisation des malades mentaux. Il n'en reste pas moins que l'internement, limité à un secteur étroit, reste une mesure indispensable. C'est bien d'ailleurs l'opinion exprimée par M. Follin. L'expérience si captivante qu'il vient de nous rapporter montre précisément que si l'hospitalisation forcée

peut être fréquemment évitée, elle présente, dans bien des cas, une réelle utilité. Il a eu l'avantage d'avoir affaire à des autorités administratives et judiciaires très compréhensives. Il n'empêche qu'il s'est parfois trouvé dans une position d'équilibre instable sur une corde raide, risquant toujours quelque accident. On ne saurait méconnaître que les services libres fonctionnent en marge de la légalité. J'entends par là, non pas la légalité strictement conforme aux textes officiels, mais celle qui assure la protection de la personne humaine dans sa liberté et contre ses propres errements. La contrainte, serait-elle purement morale, lorsqu'il s'agit de sujets lucides, ne peut s'exercer selon le seul gré du médecin. La responsabilité de ce dernier a besoin d'être couverte. Dans des pays étrangers, dépourvus de réglementation à ce sujet, les médecins des hôpitaux psychiatriques ont réclamé des pouvoirs et une protection accordés par une loi.

Prenons le seul exemple des malades dangereux pour eux-mêmes. Combien de fois ai-je reçu, à l'admission, des malades que l'on ne se décidait à interner qu'après une deuxième tentative de suicide. A la suite du premier essai, ils avaient été hospitalisés dans un service ordinaire d'hôpital, d'où ils étaient sortis sur leur demande, sans qu'on ait tenu compte de leur état mélancolique. J'ai entendu, il y a quelques années, un médecin de service ouvert, particulièrement consciencieux et respectueux de la stricte légalité, déclarer en public : « Je savais bien que mon malade allait se suicider, mais il était trop lucide pour que je puisse le retenir malgré lui. » Est-ce là de la médecine digne de ce nom ? Notre rôle de médecin d'hôpital psychiatrique, basé sur le pouvoir de retenue jusqu'à la guérison, n'est-il pas plus parfait, plus humain et plus logique ? Il serait exagéré de notre part d'accepter le préjugé systématique du public contre l'internement et d'attacher à ce mot une sorte de valeur mystique. M. Follin est d'ailleurs parfaitement d'accord avec moi sur ce point.

M. G. DAUMÉZON. — La communication révolutionnaire de M. Follin me paraît une confirmation de l'analyse qu'avec MM. Abély, Fouquet et Bonnafé nous avons fait en 1945 des éléments disparates que comportent les mesures d'internement : prise en charge, administration provisoire, incapacité, etc... On ne saurait trop insister sur le fait que la nécessité d'internement est envisagée de façon favorable pour chaque médecin. C'est ainsi que j'ai eu la perversité d'étudier, à l'occasion du changement d'un chef de service des hôpitaux, une répartition des demandes de placement d'office émanant de deux services parisiens. Au cours de telle année, un service donné fournit 13 % des malades placés par réquisitoire. Le médecin de ce service passant à un autre, le pourcentage passe l'année suivante à moins de 3 %, alors que monte de façon parallèle de 9 à 17 % le pourcentage des réquisitoires demandés par le service nouveau occupé par ce médecin.

Cet exemple piquant, entre tant d'autres qu'on pourrait fournir, montre le caractère subjectif de la décision d'internement.

M. Follin nous a montré que les difficultés les plus graves qu'il avait rencontrées consistaient dans les difficultés de gérer de façon satisfaisante la fortune immobilière, les fonds de commerce de ses malades. Mais nous devons reconnaître que les règles juridiques plus que centaines qui régissent la situation des malades internés ou interdits, si elles sont satisfaisantes dans la forme, ne sont guère efficaces dans le fond.

On ne saurait trop insister sur le fait que le résultat obtenu par M. Follin n'a été possible que parce qu'il a pu réunir dans ses seules mains, pré-cures, hospitalisations et post-cures.

Les questions de logement dans la pratique psychiatrique actuelle à travers les données du socio-diagnostic, par M. M. LECONTE et M^{lle} S. PELLIER.

Le rôle du logement, soit dans la genèse des troubles mentaux, soit dans le contenu des délires, est, chacun le sait, d'une grande importance. Il semble du reste que celle-ci se soit accrue depuis quelques décades, et en particulier depuis la dernière guerre, du fait des destructions, surtout dans les régions les plus sinistrées, du fait peut-être aussi de l'accroissement de la natalité. Il est fonction des époques, des circonstances, et aussi des lieux.

En ville, comme dans les campagnes, le problème du logement se pose avec une extrême acuité, mais, en campagne, la densité de population étant moindre, il semble que les réactions morbides dues à la proximité des voisins se rencontrent moins souvent.

La question du logement peut intervenir à divers titres dans les problèmes psychiatriques. D'abord, au sujet de l'encombrement actuel des hôpitaux psychiatriques.

En dehors des causes économiques, de l'organisation sociale, l'exiguïté des appartements ne permet pas de soigner et de garder, même temporairement, une vieille mère malade, turbulente, affaiblie, ou un enfant arriéré.

Ensuite, elle peut encore intéresser plus directement :

- a) soit en s'intégrant dans le contenu d'un délire ;
- b) soit en facilitant l'éclosion de troubles mentaux ;
- c) enfin, pour asseoir une guérison, et poser les conditions de sortie de l'hôpital.

Nous verrons plus spécialement ces trois aspects.

a) *Le logement dans le contenu du délire.* — Depuis longtemps l'importance des voisins est connue dans les « délires de paliers ». Les voisins sont l'objet des interprétations délirantes des malades : on les persécute, ou bien les voisins malfaisants les injurient au travers des murs, ils leur envoient des rayons, ou viennent la nuit voler des objets précieux. D'où, souvent, chez ces malades, des réactions agressives, ou des fugues, des déménagements multiples.

CAS 1. OBSERVATION R... — Une malade raconte qu'un voisin démollissait le poste d'eau, volant le chapeau de sa cheminée pour que l'eau tombe chez elle, c'est un bandit qui l'a projetée par terre *pour avoir son logement*.

CAS 2. OBSERVATION B... — Une autre malade, à l'occasion de difficultés d'argent pour s'acquitter de son loyer, entend pour la première fois « une voix amie », probablement un locataire, qui l'a prévenue qu'elle aurait des difficultés en restant dans son logement. Un beau jour, elle a reconnu dans le journal l'annonce de la vente de l'appartement par le mari. Ces interprétations s'accompagnent du reste d'un cortège d'autres interprétations.

De tout temps, le problème d'un changement de domicile a été posé. Bien des psychiatres en ont fait une condition de sortie. La pénurie actuelle limite ces essais de réadaptation.

b) *Son rôle dans l'éclosion des troubles mentaux.* — Soit en exacerbant l'irritabilité des malades, soit en créant des conflits sociaux, soit en créant une ambiance désagréable qui incite à chercher ailleurs un cadre plus agréable ou un cubli à bon marché, chez l'alcoolique, par exemple.

CAS 3. OBSERVATION W... — Internée une première fois en Seine-Inférieure, présentait alors un délire à thème de persécution avec scandale chez un voisin responsable des agressions subies.

Reprise par sa sœur, qui devait la loger chez elle. A savoir que Mme W... avait eu son appartement sinistré en Seine-Inférieure.

La sœur de Mme W... ne peut, au dernier moment, la reprendre chez elle et lui trouve une pièce en sous-location en banlieue parisienne. Quelque temps après, la logeuse veut faire un échange d'appartement, qui lui rapporterait 100.000 fr. A ce moment, Mme W... est à nouveau internée pour des troubles du comportement.

Une enquête sociale rapporte alors : « Il est flagrant que Mme W... a été provoquée dans l'espoir qu'elle se livrerait à quelques actes délictueux. »

Les faits sont d'autant plus odieux que Mme X... a tenté d'user de mesure propre à causer un préjudice sans nom à Mme W..., n'ignorant rien de son passé.

Il est exact qu'elle ait usé d'un marteau lors du dernier scandale. Elle s'en est servi pour cogner contre la porte du logement que Mme X..., profitant de son absence, aurait réoccupé.

Internée une troisième fois. Elle logeait alors dans un hôtel où on lui imposait un prix de loyer exorbitant. La malade s'est trouvée en chômage et il lui fut difficile de s'en acquitter. Elle réagit en versant de l'essence à la porte d'un locataire, en enlevant et projetant par la fenêtre les barreaux d'un balcon.

Bien entendu, la question de logement est la pierre d'achoppement, mais si elle n'avait existé, il semble que la malade aurait pu prolonger ses séjours en dehors de l'hôpital psychiatrique.

CAS 4. OBSERVATION R... — Déséquilibre psychique chez une arriérée affective hypothyroïdienne (D^r Leconte). — Vivait avec son mari, ses trois enfants, sa sœur, l'ami de celle-ci et un enfant dans un appartement de trois pièces.

D'où querelles conjugales, sentiments de jalousie et d'envie envers la sœur, effectivement mieux équilibrée et plus active.

CAS 5. OBSERVATION D... — Internée en 1951 pour délire interprétatif atypique d'allure paranoïde sur fond de déséquilibre mental (D^r X. Abély), s'accompagnant d'hostilité envers le beau-père.

Après ce premier internement, au cours duquel elle est spoliée de ses biens et de son petit logement, revient de Plouguernevel, où elle avait été transférée, à Paris.

Faute d'autre gîte, elle revient chez sa mère... et son beau-père. Sa haine du beau-père se montre fort dangereuse et nécessite un deuxième internement.

Actuellement, elle présente un syndrome délirant avec grande réticence intermittente pouvant éveiller l'idée de discordance, base intuitive et interprétative, thème politique et de persécution, affaire d'espionnage, de communisme, et griefs à l'égard du beau-père.

CAS 6. OBSERVATION N... — Vit avec un mari alcoolique, déjà internée deux ans. Un fils de 20 ans alcoolique. Une belle-fille avec qui elle ne s'entend pas. Elle-même se livre à des excès éthyliques, d'où réaction coléreuse contre la belle-fille, et les voisins, dont elle va défoncer la porte. La cohabitation semble dans ce cas avoir apporté un élément supplémentaire aux réactions coléreuses de Mme N...

c) *Le logement dans les conditions de sortie de l'hôpital psychiatrique.* — Il convient, avant de faire sortir une malade, de tenter de réaliser le maximum des conditions optima pour stabiliser l'amélioration ou la guérison et pour éviter, autant qu'il est possible, une rechute.

Voici quelques cas relevés dans ce domaine :

CAS 7. OBSERVATION S... — Syndrome de déséquilibre psychique. Ethylisme chronique. L'un de nous écrit, à la partie « socio-diagnostic » de son certificat, lors de son deuxième internement : « Vit en dépendance chez des particuliers qui la logent gratuitement, à charge à elle d'être leur domestique, situation qui semble être de nature conflictuelle et devrait être modifiée avant tout essai de sortie. Dit avoir lu pour se donner la force de revenir à l'hôpital psychiatrique tant que la situation de logement ne sera pas réglée. » La sortie a été accordée après changement de domicile.

Quatrième internement seize jours après ??? Habite une chambre sise au-dessus d'un débit de boissons, déclare elle-même qu'il lui faudrait un logement convenable. A noter qu'à l'hôpital psychiatrique cette malade s'est montrée une ménagère hors ligne, capable, propre et soigneuse.

Au moment de la sortie, après une première hospitalisation pour « état dépressif atypique », le Dr Martimor écrivait au mari de la malade : « Mme aurait besoin, pour se rétablir complètement et éviter une rechute, d'un logement plus spacieux que le logement d'une pièce dont elle dispose actuellement pour vivre avec son mari et son enfant, d'autant plus qu'il serait nécessaire qu'une personne supplémentaire puisse rester avec elle pour la décharger de son travail ménager. »

La malade a évolué depuis vers un syndrome discordant avec mutisme, inertie, opposition.

CAS 8. OBSERVATION T... — En 1948, le Dr Cullerre écrit : « Un essai de réadaptation pourrait être tenté sous la condition que l'intéressée quitte définitivement son logement actuel. » (1^{er} internement).

Le Dr Daumézou écrit en 1951 (2^e internement) : « Dans la vie quotidienne, ne peut se retenir de clamer son indignation et parfois de couvrir d'imprécations bougonnantes ses voisins persécuteurs. Diverses altercations en sont

résultées, dont il semble que la victime ait été plutôt la malade. Il apparaît que le retour de Mme T... chez elle entraînerait de graves difficultés de la part des voisins. »

Dans l'entrefait, a été deux mois chez une cousine en Bretagne, où elle n'a pas eu d'ennui.

Le Dr Leconte écrit en 1953 (3^e internement) : « Quel que soit le pronostic, d'ores et déjà, il y aurait intérêt à inviter le mari en cas de nouvel essai, qui devra être tardif de toute façon, à déménager. »

CAS 9. OBSERVATION M... — Dans un cas, le déménagement du mari de Paris à Tours, a permis la sortie d'une malade internée pour la quatrième fois pour un syndrome dépressif avec hallucinations, interprété comme des malveillances des voisins.

Sans satisfaction aux conditions posées d'un changement de domicile, cette malade serait encore internée en raison des données du socio-diagnostic, qui laissaient prévoir une cinquième rechute à brève échéance.

Nous avons eu récemment des nouvelles de cette malade qui, pour l'instant, semble bien s'adapter à sa nouvelle vie de province, loin de son ancien voisinage.

Conclusions. — Notre but, fort modeste d'ailleurs, a été de répondre à ceux qui, parfois, se posent la question de savoir ce qu'il en est de l'incidence de la pénurie de logement sur les problèmes de l'aliénation mentale et de la pratique psychiatrie.

La « folie » devant être conçue comme un « complexe bio-social morbide », il n'est pas étonnant que quelques observations, fort facilement rassemblées, intègrent des questions de logement dans l'actualité psychiatrique.

Nous pensons que nombre de confrères ont pu faire aisément des constatations semblables.

Leur intérêt est, surtout, d'aider à éclairer l'administration sur le bien-fondé des demandes des psychiatres en matière de collaborateurs, et tout particulièrement en matière d'assistantes sociales.

En effet, à l'occasion de toute entrée, il est bon de vérifier les dires de la malade, d'étudier ses conditions de logement et de préparer la sortie. Lors de celle-ci, il peut être nécessaire d'aider la malade ou sa famille à changer de milieu.

Ces aperçus peuvent donc autoriser deux ordres de conclusions, hélas ! encore loin d'être réalisées parfois :

1^o nécessité de doter tout service de psychiatrie d'au moins une assistante sociale, et cela de façon permanente ;

2^o intérêt de la création de maisons ou d'asiles de convalescence rationnellement et géographiquement répartis.

Il faut, en effet, créer d'urgence des quartiers, pavillons, services ou maisons de convalescents psychiatriques.

DISCUSSION

M. M. LECONTE. — Je ne veux rien ajouter au travail sans prétention présenté par Mlle Pellier.

Je dirai simplement qu'en ce qui concerne l'assistante sociale, il peut sembler qu'il s'agit là d'enfoncer une porte ouverte.

Cependant, je dois constater qu'en quinze ans de carrière, je n'ai disposé d'assistante sociale que pendant six mois. J'ai souvent tiré les marrons du feu pour un certain nombre de collègues, en matière de secrétaire médicale ou d'assistante sociale ; mais leur pénurie est encore un fait d'actualité regrettable.

J'ai connu le rôle intéressant que peut jouer l'assistante sociale dès 1927, alors que j'étais externe à la Salpêtrière. J'ai demandé la création d'un tel poste dans mon premier service à Amiens, puis partout où je suis passé, et notamment à Ainay-le-Château et à Bassens. Seuls mes successeurs ont pu bénéficier de mes demandes.

Actuellement, je n'ai disposé d'assistante sociale en 1953 que pendant trois mois et j'en suis démuné en ce moment même depuis deux mois. Encore est-il que l'assistante sociale théoriquement affectée est à cheval sur deux services.

En ce qui concerne le service de convalescence, nous pensons que ce problème devrait être étudié dans les projets en cours et que l'Administration de la Seine devrait disposer de tels services comme l'assistance publique en possède pour différentes spécialités.

La pénurie d'assistantes sociales nous fait personnellement estimer entre autres causes que les hôpitaux psychiatriques devraient être rattachés à des organismes nouveaux à mission essentiellement hospitalière.

A propos des troubles mentaux des transplantés, par MM. P. SIVADON, Ph. Kœchlin et M. Guibert

Devant l'apparition de troubles mentaux chez les étrangers transplantés, on peut soulever deux hypothèses :

1° la transplantation et l'installation dans un pays à civilisation différente sont le témoin d'un désir d'évasion qui peut être pathologique ;

2° la transplantation, à elle seule, est pathogène. Elle peut, dans certains cas, favoriser l'éclosion des troubles mentaux.

La première a, jusqu'à présent, particulièrement attiré l'attention des auteurs. Depuis Foville (*Annales médico-psychologiques*, 1875), les aliénés migrants sont bien connus et les publications à leur sujet relativement importantes.

Démontrer la deuxième hypothèse demanderait un travail statistique important (dénombrement des sujets transplantés pour des raisons entièrement indépendantes de leur volonté, pourcentage parmi eux de chaque syndrome mental comparé à celui trouvé dans leur pays d'origine et à celui de nos compatriotes en France).

Quoi qu'il en soit, même en l'absence de telles notions, comme l'a dit Courbon, certains aspects cliniques se présentent chez tout déra-

ciné (quels qu'en soient les raisons et les pays d'origine) avec une telle fréquence que celle-ci ne semble pas être l'effet du hasard.

Le travail qui va suivre est une tentative de synthèse des caractéristiques les plus remarquables et constantes retrouvées après étude approfondie de nombreuses observations, observations qui pourront être publiées dans un deuxième temps.

L'un des aspects cliniques observé souvent en consultation de ville est celui d'un état dépressif très atypique, la plupart du temps de bon pronostic. Dominent le tableau la perplexité accompagnée d'une sensation de malaise, véritable sentiment d'incomplétude entraînant un besoin de compensation.

Il s'agit de sujets en général arrivés en France depuis peu de temps, de quelques mois à deux ou trois ans. Ils se sont en apparence très rapidement adaptés à leur vie nouvelle. Ils ont fait de très rapides progrès dans la langue française et, dans leurs habitudes, presque rien ne rappelle, même aux yeux des plus avertis, les usages de leur pays d'origine. Il semblerait donc, dans ces cas, que l'adaptation à la vie française se soit faite rapidement et soit définitive. C'est alors que l'on voit ces sujets devenir inquiets. Ils ont peur de commettre des bévues énormes. Ils se montrent très respectueux des nuances grammaticales. Après chaque phrase, ils demandent si celle-ci est correcte ; s'ils ne se sont pas trompés dans l'usage de telle ou telle expression ; quel est le sens de tel mot. Parallèlement, leur crainte de paraître « patauds », leur perpétuelle recherche — quasi-obsédante — des « bonnes » manières les rend gauches dans les réunions. Et tout cela, rappelons-le, apparaît après une période de bonne adaptation. Cette crainte de ne pouvoir correctement s'adapter à un nouveau mode de vie, l'impression de ne pouvoir jamais y parvenir, retentit sur leur caractère. Ils évoquent davantage en famille leur pays natal. Ils deviennent volontiers irritables envers ceux des leurs qui ne partagent pas leur anxiété. Souvent, ils perdent le sommeil et leur courage disparaît. Ils ont l'impression que pour eux tout avenir est impossible, qu'ils vont progressivement s'enfoncer dans un chemin sans issue, qu'ils n'arriveront jamais à rien. Certains, alors, commettent des excès de boisson, soit « pour se donner du courage », soit pour faire revivre plus facilement le souvenir d'autrefois. D'autres, et d'ailleurs la majorité d'entre eux, continuent leur métier avec d'autant plus d'obstination que leur sentiment de malaise est grand. Ils travaillent moins dans le but de faire vivre les leurs que dans le but de trouver ainsi la fatigue physique et morale qui leur fera — pensent-ils — oublier leurs pensées. « Quand je suis fatigué, disait l'un, je ne pense plus à rien. Je suis complètement abruti : je m'endors mieux. Mais, quelquefois, c'est l'inverse qui se produit : je ne peux pas dormir et toute ma vie d'autrefois me revient en tête, malgré moi. »

Cet état dure de quelques semaines à deux mois et davantage, parfois avec des velléités de suicide. Mais spontanément, et grâce à l'aide

morale des leurs, de leurs amis, voire du médecin, cet état disparaît plus ou moins rapidement et ces sujets reconnaissent le caractère morbide de leurs craintes.

Un deuxième aspect clinique est rencontré très souvent dans la pratique psychiatrique hospitalière. Il s'agit d'un délire à thème de persécution ou de jalousie ; même lorsqu'il existe des hallucinations, la base reste surtout interprétative.

Mais un délire interprétatif de persécution évoque la description classique de Sérieux et de Capgras, c'est-à-dire celui d'un système cohérent et coordonné de conceptions délirantes dont le développement va se faire systématiquement et progressivement par diffusion ou rayonnement au point d'aboutir à englober dans ce délire l'humanité entière. De même, le délire de jalousie évoque le tableau d'un délire passionnel à développement en secteur progressif. La présence d'hallucinations ferait craindre l'apparition d'un état dissociatif.

Or, chez nos malades étrangers, l'aspect clinique est tout différent. Une fois constitués, leurs délires, sans cesser d'être actifs, ne s'étendent plus. Leurs persécuteurs ne deviennent pas plus nombreux. Et, d'ailleurs, ces persécuteurs sont toujours les mêmes : ce sont des personnes sur lesquelles nos malades ont une certaine autorité, ou qui font partie de leur entourage immédiat : collègues de travail, et surtout leur femme et leur famille. Jamais ce ne sont des groupes sociaux en entier ; jamais la police ou la franc-maçonnerie en général, sauf chez certains sujets d'origine slave, qui voient partout des communistes ou des soviets attachés à leur perte. Jamais non plus ce n'est le chef, le patron, jamais non plus ce n'est quelque personnage plus ou moins important, mais toujours la famille ou l'entourage immédiat.

Dire qu'une fois constitué ce délire ne s'étend plus, ce n'est pas dire que, pour le malade, il s'agisse d'un délire du passé, une sorte de délire enkysté. Pour lui, au contraire, les persécutions sont très actuelles et deviennent progressivement plus complexes, plus subtiles, les moyens utilisés sont de plus en plus retors. Les insinuations, les propos malveillants sont de plus en plus nombreux ; les manœuvres de boycottage se font de plus en plus astucieuses. Parfois, on a soin de monter en épingle tout ce qui dans ses manières évoque l'étranger. Devant une telle attitude hostile notre malade va réagir. Il va, envers ses collègues, devenir intransigeant, demander l'application rigoureuse du règlement, exiger sans cesse un travail plus soigné ou plus important. Quand il engagera avec eux une conversation, il vantera les qualités de ses compatriotes et les siennes propres : « Ça vous ennuie, n'est-ce pas, de voir un étranger qui fait mieux son travail qu'un véritable français. » Il se montrera très respectueux des autorités et exhortera ses camarades à l'obéissance à leurs chefs, allant jusqu'à leur reprocher d'être « moins bons français que lui ». Il verra s'ébaucher des complots dirigés, non contre lui-même, mais contre l'autorité, et tel malade remettait continuellement à son médecin un

rapport indiquant les sévices que l'on voulait infliger au psychiatre.

Rentré chez lui, il adoptera volontiers la même attitude intransigeante vis-à-vis des siens, exigera d'eux le respect de l'autorité qu'il croit avoir perdu (ou qu'il a réellement en partie perdu) dans son travail. Il sera d'autant plus tyrannique qu'il se sent incompris à l'extérieur et que son foyer lui paraît sa propriété personnelle. Il se plaindra devant les siens de ses malheurs, mais toutes les tentatives faites pour le rassurer, pour lui démontrer qu'il se trompe, ne serviront à rien. Elles le renforceront même dans ses opinions. Il finira parfois par croire que les siens ont partie plus ou moins liée avec ses persécuteurs, qu'ils veulent, en adoptant une telle attitude, se faire passer pour plus complètement français (il faut noter au passage que, si nos malades ont conservé leur nationalité ancienne, leurs enfants ont le plus souvent acquis la nationalité française et cette acquisition a été ressentie plus vivement par eux, même lorsqu'ils ont encouragé cette naturalisation). Elle marque une coupure définitive avec leur passé ; elle témoigne d'un retour impossible vers ce passé, marqué d'une charge affective d'autant plus forte qu'il est plus ancien. Elle introduit même une sorte de rupture dans l'unité familiale, jusque-là si cohérente le plus souvent. Bref, cette attitude des siens lui fera douter de leur fidélité. Il accusera sa femme d'infamies extra-conjugales et ses enfants de complicité avec ses persécuteurs.

Donc, à ce moment, notre malade se montre un tyran domestique et une sorte de « tyran de bureau ». Mais son délire a fini de s'étendre et de se développer. Il a terminé son extension. Il ne s'enrichit plus. Les autorités publiques et son patron n'en font pas partie. Ils seraient même, pense-t-il, assez favorables à son égard. Et il est de fait que, lorsqu'on interroge ses supérieurs, ceux-ci sont en général très élogieux à son égard. Ils ont une bonne opinion de lui et de son travail ; ils sont souvent assez sceptiques sur les dires de leurs employés concernant notre malade. Bien souvent, une telle situation favorise le travail du psychiatre. Seule la famille restera souvent hostile à la sortie.

Telles sont des caractéristiques fréquemment rencontrées chez des sujets transplantés. Elles réalisent des aspects cliniques très évocateurs de la psychasthénie et de la paranoïa.

Comment ces aspects « pseudopsychasthéniques et pseudoparanoïaques » se sont-ils constitués ? Cette étude sera l'objet d'un travail ultérieur, nous nous bornerons ici à quelques brèves réflexions.

Dans le premier cas, il s'agissait, nous l'avons vu, d'un transplanté récent. Le transplanté se trouve devant un mode de vie nouveau auquel il lui faut s'adapter. Il est en butte, non seulement à des difficultés linguistiques, mais à des difficultés nées de son inexpérience des coutumes et des habitudes françaises ; il devra se créer de nouveaux automatismes. Pour avoir un comportement adapté, il lui faudra, non seulement intégrer un nouveau mode d'échanges avec

le milieu, mais encore lutter contre celui auquel il était habitué, d'où conflit continu, qu'il pourra supporter quelque temps, mais qui, rapidement, entraînera doute et perplexité, le contraindra à passer constamment par des instances rationnelles et à se livrer à des vérifications répétées.

Cet état de choses produira chez lui une impression de malaise, l'effort incessant auquel il se livre lui enlèvera toute spontanéité. Il se sentira différent des autres (ce qui amène parfois un véritable état de dépersonnalisation), incapable de « donner son maximum », il sera obligé perpétuellement de compenser, de se dépasser.

Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'une vraie psychasthénie : l'adaptation une fois obtenue, tout le syndrome disparaît, avec toutefois persistance assez tenace du sentiment de malaise et de déracinement.

Parfois, l'adaptation ne se fera pas, ou mal, et on assistera à l'installation du deuxième tableau clinique pseudoparanoïaque. Le transplanté, incapable de s'intégrer au nouveau milieu dans lequel il vit, souffrira d'une situation de plus en plus opprimante. Il éprouvera un angoissant sentiment d'infériorité, contre lequel il lui faut réagir. Il compensera en renforçant son autorité dans la sphère qui lui était naturellement dévolue : son travail, sa famille, de là, le comportement de bourreau domestique.

Ses possibilités d'échange avec la société étant limitées, il se méfiera ; ne saisissant que quelques éléments, il aura tendance à interpréter ; c'est là une réaction semblable à celle du sourd, dont la situation n'est pas sans présenter quelques analogies avec la sienne.

Pour retrouver un sentiment de sécurité, il devra en référer aux valeurs les plus solidement ancrées dans sa personnalité, acquises dans son pays d'origine ; il y adhérera d'une manière absolue, d'où sa rigidité apparente.

Cet essai bien sommaire d'analyse nous a permis de voir les points communs entre les paranoïaques et les délirants transplantés : autoritarisme, orgueil, méfiance, rigidité apparente. Mais il n'en existe pas moins des différences considérables.

Le délire du transplanté progresse d'une manière bien particulière et a un pronostic meilleur. Les objets de la persécution sont en effet limités à ceux qui lui sont sensoriellement tangibles, et en effet les troubles mentaux semblent chez lui intimement liés à des difficultés immédiates, « instrumentales », d'insertion au milieu.

DISCUSSION

M. J. RONDEPIERRE. — On peut se demander si certains sujets ne se sont pas « déracinés » du fait d'une mauvaise adaptation sociale dans leur milieu et s'ils n'étaient pas déjà, au départ, des malades mentaux.

M. S. FOLLIN. — souligne l'intérêt de cette communication et insiste sur l'importance considérable de tout changement de conditions de vie comme cause déterminante ou déclenchante des troubles mentaux. Le fait avait été

signalé dès 1856 par Girard de Cailleux, dans son rapport sur l'hôpital d'Auxerre, où il avait remarqué qu'un nombre important de malades mentaux étaient des anciens paysans ayant récemment quitté leur terre pour se placer dans l'industrie naissante de la région.

Il ne partage pas le sentiment d'optimisme qui se dégage dans cette communication en ce qui concerne le traitement des délires chez les déracinés. Il signale en particulier qu'il n'a jamais pu obtenir de guérison chez des Espagnols transplantés et présentant une activité délirante, en raison du fait qu'aucun contact psychothérapique n'a jamais pu être établi avec eux, non seulement pour des raisons de langue, mais également en raison d'une attitude de méfiance, assez compréhensible d'ailleurs, chez ces réfugiés qui ont été parfois réellement persécutés.

M. G. DAUMÉZON. — Le tableau clinique apporté par M. Koechlin suggère en moi d'autres interprétations que les siennes ; l'adaptation rapide du sujet, l'orientation du délire, vers les proches et les représentants de son ancien milieu, l'absence de délire contre les autorités me font plutôt penser que nous avons à faire à des réactions délirantes liées à un mécanisme de reniement avec symptômes de trahison et transfert homosexuel de l'agressivité sur les éléments représentatifs du groupe jadis trahi.

Sans doute, en creusant, trouverait-on facilement des traits supposant une homosexualité latente. En tout cas, Koechlin nous fournit des indications qui font bien penser à une symptomatologie paranoïaque. Ces indications, utiles pour la compréhension de la structure délirante, ne rendent pourtant pas compte du déterminisme actuel du délire.

Le cours de cuisine et d'enseignement ménager du service du docteur Demay, par MM. Ph. KOECHLIN et S. BORNÈQUE.

Depuis avril 1951, un cours de pâtisserie et d'enseignement ménager a fonctionné une fois par semaine dans le service de notre regretté maître, le D^r Demay. Nous n'ignorons pas que des expériences analogues ont été tentées dans d'autres services psychiatriques. Toutefois il ne s'agissait pas, comme ailleurs, d'une méthode d'éducation pour débiles ou caractériels, mais d'une méthode de réadaptation sociale de psychopathes femmes.

Dans de nombreux entretiens, le D^r Demay nous avait fait part de ses conceptions sur l'organisation d'un service psychiatrique de femmes. Il envisageait une formule pavillonnaire ; chaque pavillon, de faible capacité, contiendrait une cuisine, une salle d'eau pour lessive avec blanchisserie. L'autonomie de chaque unité serait respectée et les infirmières, en plus des traitements biologiques, auraient un rôle de monitrices réadaptant les malades à leur vie de ménagère. Le D^r Demay reconnaissait qu'il s'agissait d'une vue utopique dans les conditions actuelles, mais cette conception n'en a pas moins orienté l'application faite dans un service de thérapeutiques occupationnelles.

Telle est la ligne qui autorisa en avril 1951 la création d'un cours hebdomadaire de cuisine et de pâtisserie, donné par un professeur d'enseignement ménager de Paris, indépendant du personnel hospita-

lier. L'expérience de trois années a montré son intérêt indiscutable, d'une part dans la réadaptation sociale des participantes, d'autre part dans la transformation de l'atmosphère asilaire du service.

ORGANISATION PRATIQUE. — 8 à 10 malades d'âge différent, et appartenant à des groupes nosologiques divers, participent à chaque cours. Ceux-ci ont lieu toutes les semaines, entre 14 et 17 heures.

Locaux et matériels. — La cuisine et l'office d'un pavillon ont été aménagés à cet effet par la direction de l'hôpital de Maison-Blanche. C'est dire qu'il a fallu percer une porte de communication, installer une paillasse, des tables, acheter deux cuisinières à gaz, une batterie de cuisine et le matériel d'entretien.

Matières premières. — Le professeur donne chaque semaine la liste des denrées nécessaires à la confection de plats prévus pour le cours suivant. Celles-ci sont délivrées avant la séance par le magasin de l'établissement.

Personnel. — Une infirmière du service est chargée des relations avec le médecin et l'administration, notamment de la réunion des denrées. Pendant la première année elle assumait également un rôle de surveillance et d'aide au professeur pendant les cours. Ensuite elle s'est bornée à accompagner les malades jusqu'au local du cours et à faire taper des recettes de cuisine distribuées avant le cours aux participantes.

Le professeur, diplômé d'enseignement ménager, est délégué par une école de Paris (1). Celle-ci se charge de l'assurance des risques de travail, une rémunération à la vacation étant versée au professeur sur le compte du « crédit ergothérapie » de l'établissement.

Enseignement. — A chaque séance, l'on fait : 1° un goûter pour les élèves ; celui-ci comprend un gros gâteau, des boissons ; 2° de petits gâteaux en nombre suffisant pour toutes les malades d'un pavillon ou pour la préparation d'une fête.

Exemple, le 7 mai 1951 : crème au caramel, souvaroffs à la confiture, chocolat au lait. Distribution d'une centaine de madeleines aux malades du premier pavillon.

La technique du cours est assez voisine de celle utilisée pour les élèves de l'extérieur. Au début, une partie théorique. Ensuite, les tâches sont réparties en équipes (équipes de deux malades, dont la plus lucide est la responsable).

Les goûters représentent une manifestation plus collective : l'on célèbre l'anniversaire d'une élève ou d'une de leurs camarades. Des invitations sont faites : infirmières, internes, etc... La conversation devient plus familière, le professeur est l'objet de nombreuses questions.

(1) Ecole ménagère de la Plaine-Monceau.

RÉSULTATS. — Cette expérience de trois années a apporté des résultats très intéressants. Elle mériterait une discussion importante sur la thérapeutique occupationnelle et la place de l'enseignement ménager dans cet ensemble. Nous nous bornerons à de brèves réflexions.

Sur le plan individuel : la facilité avec laquelle cette occupation a été acceptée a paru tout à fait remarquable, et ceci d'autant plus que les techniques éducatives sont toujours beaucoup plus difficiles à faire admettre par les malades-femmes que par les hommes. Dès qu'on leur propose une activité du type ludique ou la participation à un cours, les femmes s'insurgent contre ce qui, pour elles, les met en position infamante : « On les prend pour des enfants. »

Le cours de pâtisserie s'inscrit en général comme une thérapeutique occupationnelle, particulièrement adaptée aux malades d'un niveau de dissolution profonde. Sa facilité d'acceptation fait que nous l'avons souvent utilisé pour amorcer le premier contact du malade avec une vie sociale intra-hospitalière [ce que l'un de nous a appelé le « travail accrochage » (1)]. La satisfaction par ce cours de désirs gustatifs et oraux en fait un instrument utile pour la réadaptation de celles dont la régression a atteint le stade oral, et spécialement des schizophrènes. Plusieurs observations viendraient en apporter la démonstration.

Comme moyen de rééducation psychomotrice, l'enseignement ménager en général représente un excellent procédé : il exige une discipline très stricte, présente un caractère d'utilité immédiate et l'observance de l'enseignement du professeur se marque par des résultats concrets (d'où la nécessité d'avoir un professeur techniquement qualifié). Cet enseignement, qui leur permet de perfectionner ce qui fait partie de leurs obligations d'adultes, est vécu comme un enrichissement.

Mais, dans les conditions actuelles de la plupart des hôpitaux psychiatriques, la présence d'un professeur extérieur à l'établissement offre encore un avantage plus remarquable : elle permet une ouverture vers la vie normale ; il y a revalorisation des « malades », devenues des « élèves » au même titre que ceux de la ville. Toutefois, si l'on juge les résultats d'un point de vue individuel, l'utilité peut paraître bien faible : seules huit malades y participent, et à peine quelques heures toutes les semaines. C'est donc bien insuffisant pour permettre la réadaptation d'une malade. Sa valeur provient surtout du fait qu'elle permet une modification globale de l'atmosphère du service, qui devient plus normale et plus psychothérapique.

Nous avons vu que la présence d'un professeur venant de l'extérieur représente déjà un lien entre la vie sociale normale et la vie asilaire, lien que ne peut permettre le personnel attaché au service, détenteur de la blouse blanche, du trousseau de clés et des symboles de l'aliénation. Le goûter fait naître et valorise un type de relations humaines

(1) Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle : Ph. KOECHLIN (*Thèse*, Paris, 1951).

dans l'équipe et dans le pavillon. Ce sont les malades qui invitent l'infirmière ou le médecin ; elles perdent ainsi la situation de dépendance obligatoire. La nourriture ne vient plus au malade par l'intermédiaire d'une administration et d'une cuisine anonyme, mais le groupe l'a réellement confectionnée.

Dans la vie des autres pavillons une modification est apportée par la possibilité de partager les gâteaux avec les autres malades. Ils sont, soit distribués aux plus défavorisées, soit mis en réserve pour l'organisation d'une fête collective du service ou du pavillon. Les rafraîchissements sont ainsi l'œuvre même du service.

Telle est, brièvement rappelée, l'expérience, qu'après des difficultés administratives assez importantes, nous avons pu mettre sur pied. Elle nous semble valoir la peine d'être étendue et reprise.

Accès maniaque déterminé par un nouvel agent chimiothérapique de la tuberculose, par MM. L. VALLADE et NAUD.

Plusieurs auteurs étrangers et français, cités dans un article récent que M. M. Porot a publié dans la *Presse médicale*, du 24 avril 1954, ont décrit les accidents mentaux qui peuvent, en fait très rarement, survenir à la suite de traitements par l'hydrazide de l'acide isonicotinique, ou isoniazide.

Celui que nous avons l'honneur de porter à votre connaissance est survenu au cours d'un traitement par un dérivé de l'isoniazide, l'isonicotyl-hydrazone de la glycuronolactone, ou I.N.H.G., connu en France sous le nom de mycobactyl.

Dans une étude expérimentale et clinique, parue dans la *Presse médicale* du 17 juin 1953, le professeur Brouet et ses collaborateurs signalent, parmi les propriétés physiologiques de ce nouveau produit, son effet eutrophique et de stimulation de l'appétit sur le rat.

Au cours des essais cliniques, effectués sur 40 malades tuberculeux, ils ont constaté une action remarquable sur l'état général, analogue à celle que l'on observe avec l'isoniazide, et se caractérisant par un retour de l'appétit, une reprise de poids rapide, une amélioration des forces, avec euphorie physique et psychique. Ces auteurs préconisent une posologie *per os* à doses croissantes de 12 puis 16 comprimés par jour, dosés à 100 mgr.

Dans leur étude, ils ne signalent que des incidents dus, chez quelques patients, à une intolérance digestive, mais aucun incident sérieux, disent-ils, n'a été enregistré chez les malades longtemps traités, ce qui leur permet de « confirmer les données acquises expérimentalement quant à la faible toxicité de ce médicament. Les troubles neurotoniques, parfois observés avec des doses quotidiennes de 300 à 400 mgr. d'isoniazide, nous ont paru exceptionnels ».

Dans ces conditions, il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante, qui démontre que l'action stimulante sur le psychisme de ce nouveau produit peut dépasser le but recherché et entraîner un accident psychopathique sérieux. Notre observation a un certain intérêt du fait, que la victime, d'un niveau intellectuel élevé, a été capable d'analyser, dans une auto-observation que nous résumerons, les effets du médicament sur son psychisme.

OBSERVATION. — M. X..., ingénieur, né en 1902, est placé, en mars 1953, dans un sana à Cambo, pour une tuberculose scléro-ulcéreuse bilatérale à évolution lente, qui a été traitée en 1951 et 1952 par streptomycine 60 gr., P.A.S. intraveineux 60 flacons, P.A.S. buccal 750 gr. et rimifon 300 comprimés sans accident.

A son arrivée au sana, il est traité, du 28 mars au 28 avril, par des perfusions de P.A.S. et d'isoniazide. Mais, ce traitement n'entraîne pas de sédation d'un léger état fébrile. On lui administre alors du mycobactyl à raison d'une moyenne de 10 comprimés par jour, du 4 au 26 juin, soit au total 226 comprimés. Le 26 juin, ce traitement a dû être arrêté, dit le médecin du sana, malgré son résultat excellent sur l'état général, par suite d'un léger état d'excitation intellectuelle que sa femme avait déjà remarqué, car dans une lettre du 3 juillet, elle écrit : « Depuis quelques semaines, je reçois de mon mari des lettres de plus en plus bizarres, phrases avec mots soulignés et répétés, idées extravagantes, et il me signale que le mycobactyl le met dans un état d'euphorie dont on ne peut avoir idée... »

Malgré des sédatifs nerveux, il doit être, le 4 juillet, admis d'urgence à la clinique du Dr Ferdière, après, dit-il, dans son auto-observation, « un chahut qui avait commencé dans la semaine et qui allait *crescendo* et j'avais eu l'imprudence de rédiger un test relatif à mes capacités psychiques, test chronométrique et quantitatif »... Le soir de son admission à la clinique, il présente un état d'excitation vraie avec idées de force et de puissance (j'ai Dieu dans la poitrine) et sentiment d'omnicompréhension (certificat de placement du Dr Ferdière).

Il doit être interné le 6 juillet à l'hôpital psychiatrique de Pau et le 7 juillet il me décrit son état dans une lettre, dans laquelle je relève les éléments suivants : « Deux mots suffisent pour décrire les symptômes ressentis au début de ma maladie : 1) euphorie ; 2) très forte élévation de toutes les facultés intellectuelles. Tout, si j'ose dire, activation de l'esprit de parfait aloi. Mon euphorie, c'était une sensation très intense de bien-être, pas de soucis, plus de complexe, un véritable paradis artificiel, le cœur pur déchargé de son fardeau de soucis et de remords (inattendu). Dans mes cogitations nocturnes, j'ai pensé que Shakespeare, Ch. Morgan, Ch. Trénet et moi-même étions semblables (et Jésus en faisait partie). Notez qu'il n'y a là rien d'hétérodoxe, car Jésus est notre frère... »

Pendant trois jours, il se plaint de souffrir d'empoisonnement et, le 8 juillet au soir, il présente un épisode excito-moteur au cours duquel il casse un carreau, parce qu'il a une soif avide d'air.

Nouvel accès excito-moteur le 11 juillet. Il démolit le panneau inférieur d'une porte et il fait la grève de la faim pour protester contre son internement. Un électro-choc est mal supporté et il se calme un peu sous l'effet d'un-

jections de largactil associé à des barbituriques, mais il a encore, par instants, des troubles de l'humeur et du caractère.

Le 14 août, il peut être placé dans un pavillon de malades tuberculeux calmes. Il réclame au phtisiologue une nouvelle cure de mycobactyl, pour lui rendre l'appétit d'extrême urgence.

Durant le mois de septembre, il demeure calme, docile et très correct. Le 2 octobre, il peut être placé dans un service de phtisiologie d'hôpital.

En résumé, notre malade a présenté un accès maniaque franc et typique avec expansivité, euphorie et mégalomanie, qui a duré pratiquement du 4 juillet au 14 août 1953, et qui a guéri avec une seule médication calmante.

Aucun antécédent psychopathique, ni personnel, ni héréditaire, ne peut être noté, et sa femme insiste même sur le fait qu'il n'avait auparavant jamais témoigné de nervosité ou d'irritabilité.

Un examen du liquide céphalo-rachidien, fait le 15 juillet, avait permis de lever l'hypothèse d'un accident psychique, lié à une poussée méningitique d'origine tuberculeuse (albumine : 0 gr. 20 ; cytologie : 2 éléments ; chlorures : 7 gr. 20 ; Bordet-Wassermann : négatif ; benjoin : normal).

Notre observation montre qu'il est permis de mettre sur le compte de l'effet du mycobactyl l'accès maniaque présenté par ce tuberculeux et qu'aucun antécédent antérieur ne peut expliquer. Nous notons que cette manifestation de type maniaque est tout à fait semblable à celles qui ont été décrites par plusieurs auteurs (Delay et collaborateurs, Letailleur, Léo, etc.), dans les accidents mentaux dus à l'isoniazide. Notre observation pourrait même se confondre avec celle de ce soldat de l'hôpital Robert-Picqué, rapportée par le médecin-commandant Forgeot, qui présenta les mêmes troubles psychomoteurs avec idées délirantes similaires, après absorption de 125 comprimés d'isoniazide (conférer article du P^r Aubertin : « Incidents et accidents produits par l'isoniazide », *Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1953).

En conclusion, malgré une toxicité faible du mycobactyl, qui a permis au professeur Brouet d'envisager la possibilité de l'utiliser à des doses quatre à cinq fois supérieures à celles de l'isoniazide, ce produit est susceptible de donner, aux doses employées, des accidents psychopathiques analogues à ceux qui sont déterminés par l'isoniazide.

Nous tenons à remercier le D^r Ferdière des renseignements recueillis auprès du médecin du sanatorium et qu'il nous a aimablement communiqués.

Élection de membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. Xavier ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, M. RISER et X. ABÉLY, Mlle S. LAVITRY est élue *membre correspondant national*, par 18 voix sur 18 votants.

Après lecture du rapport de M. J. DUBLINEAU, au nom d'une commission composée de MM. H. EY, Y. PORCHER et J. DUBLINEAU, M. M. LE MAPPIAN est élu *membre correspondant national*, par 18 voix sur 18 votants.

Après lecture du rapport de M. M. BERGERON, au nom d'une commission composée de MM. L. LE GUILLANT, M. MONTASSUT et M. BERGERON, M. E. MONNEROT est élu *membre correspondant national*, par 18 voix sur 18 votants.

Après lecture du rapport de M. M. BERGERON, au nom d'une commission composée de MM. J. HAMEL, J. LAUZIER et M. BERGERON, M. BROUSSOLLE est élu *membre correspondant national*, par 17 voix sur 18 votants.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le Secrétaire général :

X. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 1^{er} avril 1954

Présidence : M. A. THÉVENARD, président

Un nouveau cas de fausse perception intéressant le continuum visuel,
par MM. J. LE BEAU, E. WOLINETZ et M. FELD.

Dans le cadre des troubles du continuum visuel, les auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint d'atrophie corticale intéressant les lobes occipitaux et qui présente des phénomènes de continuité du mouvement, lui donnant de fausses impressions et indépendamment de tout nystagmus.

Hypoglycémie spontanée très grave, avec manifestations convulsives et coma récidivant quotidiennement. Action de la cortisone à petite dose, par MM. J. SIGWALD, D. BOUTTIER et WEISS.

Chez un homme de 76 ans, présentant des crises d'épilepsie depuis 4 ans, hypoglycémie considérable. La cortisone *per os* à la dose de 50 mg. par jour, en même temps qu'elle relevait la glycémie, a supprimé les crises qui réapparurent après interruption du traitement. Les auteurs envisagent le mécanisme de la cortisone sur l'hypoglycémie, et de l'hypoglycémie sur le déclenchement des crises d'épilepsie.

Paralysie du temps pharyngé de la déglutition, symptôme dominant d'un hématome extra-dural traumatique de la fosse cérébelleuse. Intervention. Guérison, par MM. B. PERTUISSET, R. DJINDJIAN et J. ROUGEULLE.

Observation d'hématome extradural, par traumatisme de la fosse cérébelleuse, dans laquelle les manifestations cliniques consistaient en parésie du VI droit et du VII gauche, en une légère adiadococynésie, des cauchemars et surtout des troubles de la déglutition avec disparition du temps pharyngé.

Ces signes semblent pouvoir être expliqués par une compression du noyau du IX et du X par le cervelet repoussé.

Maladie de Fahr, par MM. P. NAYRAC, P. GRAUX et Ph. PRUVOT.

Observation de maladie de Fahr avec bradycynésie, syndrome extra-pyramidal, syndrome vestibulaire et calcification siégeant dans le noyau lenticulaire, le noyau dentelé. Importante atteinte pyramidale associée. Le diagnostic étiologique des différentes calcifications intracrâniennes est rappelé ainsi que le rapport de la maladie de Fahr avec les phacomatoses.

Une pièce de para-ostéo-arthropathie type Déjerine-Ceillier, par MM. L. ROUQUÈS, GEORGE et HUARD

Présentation d'une pièce de para-ostéo-arthropathie de la hanche, recueillie chez une jeune femme ayant un méningiome en DI et qui avait subi, à la suite d'une première intervention, pratiquée trop bas, des lésions médullaires irréversibles. L'interligne est libre ; les ossifications qui réunissent l'os iliaque et le fémur sont indépendantes de la capsule et des muscles, et il n'y a pas trace d'inflammation. On retrouve donc tous les caractères assignés par Mme Déjerine et A. Ceillier à cette lésion qui n'a rien de commun, contrairement à ce que certains soutiennent encore, avec les myosites ossifiantes.

Myopathie après poliomyélite chez deux jumeaux, par MM. P. NAYRAC, M. FONTAN et Ph. PRUVOT.

Observation de deux jumeaux qui, à l'âge de 7 ans, avaient eu une poliomyélite avec restauration fonctionnelle satisfaisante et chez lesquels ont apparu des manifestations de myopathie pseudo-hypertrophiques et atrophiées. Il semble s'agir dans ce cas de deux affections distinctes et indépendantes.

A propos d'un cas de myotonie, par MM. J. BOUDOURESQUES, R. VIGOUROUX et M. MASSAD

Malade de 38 ans qui, depuis une vingtaine d'années, est gêné par un syndrome myotonique généralisé auquel s'ajoute un élément parétique consistant en une difficulté de maintenir le mouvement. Les auteurs pensent à une maladie de Steinert plutôt qu'à une maladie de Thomsen : la présence d'une cataracte est très en faveur de cette hypothèse.

Sur un cas d'hypertrophie des nerfs cubitaux associé à des troubles de la sensibilité thermo-algésique, une scoliose et des troubles pyramidaux, par MM. E. WOLINÉTZ et J. GRUNER

Malade chez lequel se trouvent associés un syndrome syringomyélique et une hypertrophie des nerfs cubitaux avec réaction de dégénérescence et signes de névrite à l'examen anatomique. Les auteurs discutent, à côté de la syringomyélie, l'éventualité d'une lèpre ou d'une maladie de Charcot-Marie, mais aucun de ces diagnostics ne peut expliquer l'ensemble des signes cliniques.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les tests mentaux, par le Dr Pierre PICHOT, médecin assistant à la Clinique des maladies mentales, chargé de conférences à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris (1 vol., 128 pages, in Collection « Que sais-je ? » Presses universitaires de France, Paris 1954).

Dans ce livre d'une collection dont le but est de faire clairement et succinctement, sur toutes les questions d'actualité, le point des connaissances actuelles, M. Pierre Pichot, dont nos lecteurs connaissent les nombreuses et consciencieuses études sur la technique et la valeur des tests utilisés en psychiatrie et en psychologie, a été chargé d'exposer la classification, le rôle, les techniques, la validité des différents tests mentaux.

Rappelons d'abord la définition qu'il a proposée : « On appelle test mental une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement », définition qui marque bien la différence entre un test mental et, par exemple, un examen clinique ou un examen scolaire.

Après un bref historique de la question, montrant le développement de la méthode depuis la publication, en 1905, du mémoire aujourd'hui classique d'Alfred Binet et Th. Simon, l'auteur, dans une première partie du livre, présente les tests d'aptitudes et de connaissances (tests d'intelligence pour enfants et pour adultes, tests d'aptitudes « aprioristes » et en particulier tests de pensée conceptuelle, analyse factorielle des aptitudes et conditions faisant varier la structure factorielle des aptitudes, tests et batteries d'aptitudes scolaires ou professionnelles, tests variés de connaissances dont le premier en date fut également établi par Alfred Binet dès 1910), indiquant ce qui distingue les tests d'aptitudes et des tests de connaissances d'une part, les épreuves d'aptitudes, des épreuves de développement, d'autre part.

La seconde partie est consacrée aux tests de personnalité dont les épreuves sont destinées à explorer tous les aspects non intellectuels de la personnalité, c'est-à-dire ses aspects conatifs (ou volitionnels) et affectifs et dont les applications tendent à devenir toujours plus nombreuses. M. Pierre Pichot en

distingue trois catégories qu'il étudie successivement : 1° les questionnaires, proposés pour la première fois par Alfred Binet comme tests de personnalité, questionnaires uniphasiques ou multiphasiques dont l'Inventaire de personnalité multiphasique de Minnesota (M.M.P.I.) est le plus employé, questionnaires d'adaptation, questionnaires d'attitudes et d'intérêts ou de valeurs ; 2° les tests objectifs de personnalité (tests objectifs de sens éthique, tests objectifs de personnalité, tels le test du dessin en miroir, le test des labyrinthes de Porteus, les tests d'extroversion-intraversion, les tests de persévération, etc...) ; 3° les techniques projectives (selon les auteurs, tests de projection, tests d'imagination, tests d'aperception, tests de dynamisme, tests non structurés, etc...) dont le but est de révéler la personnalité totale, et dans lesquels le nombre de réponses possible n'est pas limité par les conditions même de l'épreuve. Ces tests, qui utilisent des concepts psychanalytiques, visent à explorer les aspects non cognitifs de la personnalité. Après une étude critique de la cotation et de la validité des techniques projectives, de la difficulté de l'interprétation des résultats, M. Pierre Pichot rappelle la multiplicité et la valeur relative des classifications auxquelles elles ont donné lieu. Il décrit successivement les méthodes constitutives (test de Rorschach, d'interprétation complexe nécessitant une expérience suffisante de la méthode, mais de validité globale généralement reconnue et susceptible d'application collective, tests à choix multiple, tests abrégés, séries parallèles) ; les méthodes constructives (test mosaïque de Lowenfeld, test du monde et ses dérivés, test de productions dramatiques de Murray et techniques analogues, psychodrame de Moreno, techniques de jeu) ; les méthodes interprétatives (Thematic Apperception Test, T.A.T., de Murray [1935] et techniques voisines, test de frustration de Rosenzweig, test de Szondi, qui a été l'objet de nombreuses discussions et de conclusions différentes, en particulier tout récemment dans les *Annales médico-psychologiques*) ; les méthodes très variées de création artistique, dont diffèrent les instruments utilisés, les conditions imposées, le mode d'interprétation ; les méthodes de complément dont le stimulus est constitué par un élément d'un ensemble que le sujet doit compléter (test d'association de mots de Jung, dont M. Pichot souligne la simplicité et l'objectivité ; tests de complément de phrases dérivés du précédent ; test de complément d'histoires, histoires à compléter de Madeleine Thomas, fables de Luisa Düss, test d'Helen Sargent que M. Pichot considère comme particulièrement intéressant ; tests de complément d'images ; les techniques cathartiques (dont le type est la « poupée thérapeutique » de Lévy) ; enfin, les techniques réfractives basées sur l'expression verbale (voix, langage), ou sur le mouvement expressif (graphologie, psychodiagnostic, myokinétique). De ces techniques projectives, très nombreuses, on le voit, et de valeur inégale, M. Pichot conclut que « l'abord quantitatif des résultats est, non seulement possible, mais encore est la seule voie de progrès ». Seule, ajoute-t-il, la méthode quantitative peut permettre d'espérer amener la validité des techniques projectives au niveau de celle des tests d'efficiences.

Sous un faible volume, l'auteur de ce petit livre a su exposer avec méthode et avec une grande clarté une matière abondante et touffue. Livre qui rendra les plus grands services à tous ceux qui voudront, non seulement s'initier à la technique des tests, mais apprécier la multiplicité de leurs indications et de leurs variétés, la validité aussi de résultats que l'auteur était particulièrement qualifié pour apprécier.

René CHARPENTIER.

Colloque européen sur l'alcoolisme. Compte rendu des travaux rédigés et présentés par le professeur E. M. JELLINEK (1 vol. 23×18, 132 pages, édité par l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 1954).

Ce volume, qui vient de paraître, contient les comptes rendus d'un « Colloque européen sur l'alcoolisme », organisé sous le patronage du Gouvernement royal danois, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, et l'Organisation des Nations-Unies, et qui s'est tenu à Copenhague du 22 octobre au 3 novembre 1951. A ce colloque, dont les travaux étaient dirigés par le professeur E. M. Jellinek, assisté du D^r J. Dublineau, 11 nations européennes étaient représentées.

Après le texte d'une allocution du D^r Begg et des conférences du professeur Jellinek et du D^r Hargreaves, le volume comprend cinq parties. La première est consacrée aux travaux concernant les aspects physiologiques de la consommation de boissons alcooliques : métabolisme de l'alcool (professeur Lundsgaard) ; effets immédiats de faibles et de moyennes quantités d'alcool sur le système nerveux central (professeur Goldberg, professeur Jellinek) ; action exercée à la longue sur l'organisme par l'ingestion continue de fortes quantités d'alcool (professeur Dérobert).

La deuxième partie traite de l'étiologie de l'alcoolisme : théories organiques et théories étiologiques de caractère général (D^r Pullar-Strecker, D^r Bellheim, professeur Dérobert, D^r Fouquet, professeur Odegard, professeur Jellinek, D^r Højer) ; opinions de psychiatres sur l'alcoolisme (professeur Odegard, D^r Esser, D^r Fouquet, D^r Fleming, professeur Masserman).

Dans une troisième partie est présenté un tableau clinique général de l'alcoolisme et des formes particulières à certains alcooliques : tableau clinique de la toxicomanie alcoolique (professeur Jellinek, D^r Bellheim, D^r Esser, professeur Strömberg), tendances au suicide (D^r Pullar-Strecker), tendances criminelles (D^r Schmidt, Mlle Berntsen), psychoses alcooliques (professeur Müller, professeur Strömberg).

La quatrième partie est réservée aux traitements visant à faire perdre l'habitude alcoolique. Après l'exposé de quelques principes thérapeutiques (D^r Fouquet, professeur Masserman, D^r Pullar-Strecker, professeur Lundquist, D^r Esser, D^r Fleming) et de quelques difficultés du traitement des alcooliques (professeur Matte Blanco, D^r Bellheim), sont envisagés : le psychodiagnostic de l'alcoolisme (professeur Strömberg), les schèmes généraux du traitement (D^r Fouquet), la psychothérapie individuelle (professeur Matte Blanco, D^r Fleming), la thérapeutique de groupe (par un conférencier anonyme), les indications et les résultats du disulfirame (antabuse) dans le traitement de l'alcoolisme (D^r Erik Jacobsen).

L'action des pouvoirs publics en matière de traitement des alcooliques et de prévention de l'alcoolisme est exposée dans la cinquième partie de ce volume. Après l'exposé par le D^r Højer (Suède), le D^r de Quervain (Suisse), le D^r Esser (Pays-Bas) et M. Wiklund (Suède), des principes généraux de l'action des pouvoirs publics en Europe, figure le compte rendu des séances du groupe de travail chargé d'étudier la réglementation et les mesures de lutte contre l'alcoolisme appliquées par l'Etat et les collectivités. A ces séances prirent la parole le professeur Dérobert (France), le D^r Alstrup (Danemark), le D^r Beresford Davies (Grande-Bretagne), le D^r Trivas (France), le professeur Odegard (Norvège), le D^r van Loo (Belgique), M. Immonen (Finlande), M. Steiger (Suisse), M. Jean (France), M. Knudsen (Norvège), le D^r

Gaumitz (Allemagne), le professeur Millet (Belgique), M. De Boe (Belgique) et M. H. Mignot (France).

En annexes de ces importants exposés et de ces discussions, ce volume donne encore le compte rendu des discussions du groupe de travail sur l'action sociale (activités des assistants sociaux dans le domaine de l'alcoolisme, travail d'équipe, qualités requises de l'assistant social, entretien avec le patient, informations sur toutes les phases de l'histoire du sujet) et le compte rendu des travaux du colloque sur l'hygiène industrielle et l'alcoolisme (importance de l'alcoolisme pour l'industrie, rôle de l'industrie dans la thérapeutique et la prévention de l'alcoolisme ainsi que dans la rééducation des alcooliques).

Huit figures et trois tableaux illustrent ce volume dont il serait superflu de souligner l'intérêt et la documentation.

R. C.

PSYCHANALYSE

Les théories psychosomatiques, origines psychanalytiques, importance psychologique, par Jean-Paul VALABREGA, attaché au Centre national de la recherche scientifique (1 vol. in-16, 192 pages avec une Introduction du Dr Henri Ey, Presses universitaires de France, Paris 1954).

L'auteur de ce livre est un philosophe et non un médecin. Ce qui explique son opinion que la tendance « psychosomatique » de la médecine constitue « une orientation neuve » de la science et de la pratique médicales. Bien loin de nous l'idée de le chicaner sur ce point. D'autant qu'il est vrai qu'en des lieux où les tendances hippocratiques de la médecine avaient été oubliées, la médecine psychosomatique eut toutes les apparences d'une découverte. Qu'il est non moins vrai que ce renouveau et son succès, en ces lieux d'abord, en d'autres ensuite, fut l'œuvre de la psychanalyse (la médecine psychosomatique représente pour certains l'évolution normale de la théorie psychanalytique) ; qu'il est vrai encore que cette origine entraîna pour la médecine dite psychosomatique des méthodes parfois différentes des précédentes.

Après avoir rappelé ce que la médecine et la psychologie se doivent l'une à l'autre et situé le point de vue dit psychosomatique, relevé son aspect psychodynamique dont l'origine se situe dans l'œuvre de Freud, son orientation synthétique et « totalitaire », M. Valabrega souligne le danger d'ajouter une « spécialité psychosomatique » au nombre des autres spécialités médicales et pose le problème de la réforme de l'enseignement de la médecine. Situant sur le plan psychanalytique les rapports du malade et du médecin, il note encore que la lecture d'observations psychanalytiques donne fréquemment l'impression d'une étude inachevée, l'impression d'« explication plaquée », approximative, insuffisante, et en cite des exemples. Après avoir discuté le concept d'étiologie, la légitimité, les inconvénients éventuels, d'une recherche étiologique pouvant, par elle-même, devenir un élément pathogène, l'auteur rappelle la démonstration, s'il en était besoin, par l'observation de Margolin de l'utilité de la collaboration d'un groupe de cliniciens telle que la permet la médecine hospitalière. Mais, la médecine psychosomatique apparais-

sant comme une application de la psychanalyse à la médecine, la question a été posée de « l'analyse didactique » des psychosomaticiens. L'auteur estime qu'« il paraît juste de se rallier à cette thèse » tout en reconnaissant que son adoption « pose, dans la pratique, dans l'exercice professionnel médical, des problèmes considérables particulièrement complexes ». Il souligne que cette analyse didactique devant être « recommandée d'abord, puis prescrite » aux auxiliaires comme à tous les médecins, on aboutit ainsi « à une révolution complète dans la médecine » et que ces conclusions, qui appellent une série de remarques correctrices, se heurteraient à des difficultés considérables. On veut bien l'en croire. Mais lorsqu'il assimile les résistances au « psychosomatisme », aux résistances à la psychanalyse, il n'est pas possible de le suivre car cela témoigne d'une assimilation, d'une limitation à la psychanalyse d'une médecine psychosomatique qui n'est autre que la médecine tout court et existait bien avant les théories psychanalytiques. Si, d'une part, certains résistent à la psychanalyse, il est cependant peu de médecins aujourd'hui qui ne s'y intéressent au moins dans une certaine mesure, et, d'autre part, en France tout au moins, l'exercice de la médecine est celui d'une médecine synthétique, hippocratique, donc, en fait psychosomatique.

Dans une deuxième partie, M. Valabrega étudie quelques résultats et quelques hypothèses psychosomatiques. Se demandant d'abord s'il existe des « maladies psychosomatiques » ou s'il ne serait pas préférable de parler de « concept psychosomatique de maladie », il consacre d'intéressants chapitres à la critique du dualisme soma-psyché et à la conception moniste qui lui est opposée, au problème de l'hystérie de conversion, au refoulement, à l'angoisse, à l'utilité des notions de déguisement et de censure, à la signification auto-punitrice du symptôme de conversion à la révision et à l'élargissement de la notion de conversion. « En somme, conclut-il, en psychanalyse, le problème du dualisme est résolu, surtout parce qu'il ne se pose pas. » Pour montrer l'intérêt des connaissances analytiques pour un omni-praticien, l'auteur prend comme exemple les réactions psychologiques et les interactions psychosomatiques au cours de la tuberculose. Il en résulte que la médecine tend ainsi à devenir une médecine de groupe et que, dans ces conditions, l'hôpital est le lieu le plus favorable à l'observation psychosomatique.

Des considérations sur l'attitude scientifique du psychiatre et ses tendances psychosociales, sur l'importance du critère thérapeutique, les significations du médicament, amènent à cette conclusion dont l'exagération est évidente et à laquelle on ne saurait actuellement souscrire que « le psychiatre est le plus désarmé de tous les praticiens ». Seule, ajoute M. Valabrega, « la psychanalyse a réussi à fournir un apport thérapeutique comparable en importance à son apport théorique ». Il n'est pas besoin de rappeler ici que l'auteur n'est pas médecin et que sa documentation, pour importante qu'elle soit, est, avant tout, pour ne pas dire uniquement, psychanalytique.

Dans un dernier chapitre, consacré aux syndromes psychosomatiques, l'auteur, après avoir pris le syndrome d'effort comme type des syndromes psychosomatiques communs à de nombreuses affections, rappelle la conception de H. Selye des maladies de l'adaptation et souligne les incidences psychosomatiques de ces maladies de l'adaptation, récapitule ainsi les principales exigences qui se dégagent de son étude : « exigence de synthèse, nécessité de moyens thérapeutiques nouveaux pour parvenir à une conduite

« médicale moniste, nécessité d'intégrer les facteurs non-spécifiques (diagnostic « nostic additionnel) au diagnostic global, nécessité d'une conception pluri-dimensionnelle des champs de spécificité ». Avec d'autres auteurs, il voit dans les théories de l'adaptation « une vérification de grande valeur des théories analytiques ».

Dans un domaine complexe où « se rencontrent plus de problèmes en suspens que de problèmes résolus », l'auteur s'est attaché à exposer ces problèmes mais aussi et non sans quelque prudence les éléments théoriques les plus importants qui s'efforcent d'y répondre. Considérant la médecine psychosomatique comme le prolongement de la théorie psychanalytique dont l'extension « déborde largement le champ médical » et comme une évolution de la médecine elle-même, il a posé à son tour, mais d'un point de vue particulier, la question de la réforme des études médicales. Sa conclusion générale, moins sujette à discussion, est « que l'on doit pratiquer une médecine, une psychologie, une sociologie à pluralité de champs ».

L'abondante bibliographie et les nombreuses citations éparses dans le texte témoignent de la documentation psychanalytique et biologique d'un ouvrage à la fois psychologique et médical dont les discussions éveilleront l'intérêt et dont certaines conclusions pourront appeler la controverse.

S'il est vrai que la psychanalyse fut l'œuvre originale d'un médecin, il est bien certain que ce point de départ médical fut rapidement dépassé. Ses applications multiples posent sans cesse de nouveaux problèmes. A l'étude de certains de ces problèmes, le livre de M. J.-P. Valabrega est une importante et très intéressante contribution.

RENÉ CHARPENTIER.

DEONTOLOGIE

Ethique médicale (Déontologie), (Aerztliche Ethik. Deontologie), par Albert NIEDERMEYER (1 vol. 12 + 358 pages, Verlag Herder, Wien 1954).

Ce livre, qui constitue le second tome du *Traité de médecine pastorale générale* de l'auteur (Allgemeine Pastoralmedizin) décrit d'une façon très complète les devoirs et les obligations du médecin. Dans la première partie, est d'abord envisagée la question de savoir s'il existe une éthique absolue, indépendante des temps et des lieux, liant les actes médicaux, ou s'il y a seulement une éthique relative, évoluant avec les progrès de la science et changeant selon les circonstances. Les découvertes scientifiques peuvent poser de nouveaux problèmes de morale professionnelle, mais la nature de l'activité médicale est immuable et doit toujours obéir aux prescriptions du serment d'Hippocrate. L'auteur rappelle les erreurs et les fautes qui ont pu découler de la méconnaissance de ces fondements moraux sous l'influence du matérialisme scientifique. D'importantes indications sont données pour la formation professionnelle du médecin. Divers chapitres traitent de son rôle, du malade et de la maladie, de la signification métaphysique du phénomène morbide, des bases générales et légales de l'activité médicale. A ce propos, sont montrés les essais de développement d'un code médical international. La seconde partie prend comme point de départ de l'exposé le code français de déontologie médicale. Elle étudie le problème actuel de la socialisation de la médecine, la position du médecin à l'égard des orga-

nismes de sécurité sociale, les honoraires, les spécialisations, la question des guérisseurs, celle du secret médical et du devoir de dire ou non la vérité au malade. Puis sont envisagés les rapports avec les malades, les groupements médicaux, la publicité, l'éducation du public, le travail scientifique du praticien. Un chapitre spécial rappelle les devoirs supplémentaires du médecin chrétien, en particulier en face de la mort et des affections incurables. A ce propos est évoqué le problème de l'euthanasie. En appendice sont reproduites la prière de Maimonide et celle d'un médecin chrétien, développement du serment d'Hippocrate. Nombreuses références. Bibliographie à la fin du livre. Index des noms cités. Index analytique.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

L'œuvre scientifique de Raoul Mourgue. (L'opera scientifica di Raoul Mourgue), par Beppino DISERTORI (de Trente). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 4, juillet-août 1952, p. 563-614).

Après un exposé sur les principes des conceptions de Mourgue en biologie et en psychiatrie, l'auteur retrace sa vie et l'évolution de sa pensée. Puis il analyse ses travaux : étude sur la philosophie biologique d'Auguste Comte, point de vue neuro-biologique de l'œuvre de Bergson, théories de Monakow et Mourgue en rapport avec l'intégration et la désintégration (sphère des instincts et sphère de l'orientation et de la causalité, troubles morphologiques, hypothèse de l'engramme labile, troubles sécrétoires dans le déterminisme des névroses et des psychoses), neuro-biologie de l'hallucination (historique, hallucinations et pseudo-hallucinations, dépersonnalisation, attitudes motrices, pathogénie neuro-végétative, interférence labyrinthique, neuro-dynamique de la dissolution jacksonienne, invasion des instincts dans la sphère de l'orientation et de la causalité, différents problèmes philosophiques soulevés), neuro-biologie du système extrapyramidal, enfin le dernier travail de Mourgue, sa réponse à l'enquête de la revue *Esprit* en 1950 : « Médecine, quatrième pouvoir ». Photographie de Mourgue. Bibliographie de ses œuvres et publications ainsi que des travaux de Disertori sur les questions étudiées.

V.-J. DURAND.

Neurologie et psychiatrie. (Neurologia e psichiatria), par G.-E. MORSELLI (de Novare). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 3, mai 1952, p. 284-291).

Reprenant l'étude des rapports de la neurologie et de la psychiatrie, l'auteur fait une critique des conceptions de Ey, met en valeur le rôle des fac-

teurs psychiques et termine en affirmant que c'est l'intervention de la personnalité (comprenant psychoaffectivité, psychogénèse, conscience originale et constructive, élaboratrice de valeurs et de formes, même dans l'état pathologique) dans la genèse processuelle et symptomatique des psychopathies, qui caractérise la pathologie mentale.

V.-J. DURAND.

Le problème philosophico-psychiatrique des relations somato-psychiques.

(O problema filosofico-psiquiatrico das relações somato-psíquicas), par Edu Machado GOMES. (*Arquivos dos Departamento de Assistência a psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. 17, 1952, p. 173-187).

L'auteur fait un essai d'analyse des origines, de la nature et de l'évolution de la question des relations somato-psychiques. Situant le problème sur le terrain scientifique, il le rattache à la psychiatrie. Faisant des réserves à l'égard de la psychiatrie éclectique, il pense que le problème doit être confié, d'une part à une psychiatrie sociale dynamique, d'autre part à la neuro-physiologie.

V.-J. DURAND.

La médecine psychosomatique : considérations théoriques, par M. BERGOUIGNAN. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 2 février 1954).

Après avoir brossé l'histoire de la médecine psychosomatique et montré que l'intrication de la pathologie émotionnelle et de la pathologie viscérale n'est pas une notion nouvelle, — bien qu'elle se fût estompée au cours des dernières générations — l'auteur s'attache surtout à esquisser un bilan provisoire de ce mouvement en examinant deux questions.

1° *Un état psychologique peut-il être générateur de lésions somatiques par quelque action tissulaire ?* Rien ne permet actuellement de l'affirmer ; même s'il n'est pas vrai que « nos tissus nous ignorent », comme on l'a affirmé, il est peu probable qu'un état psychologique, — par le détour d'une dysharmonie cortico-sous-corticale et de réflexes conditionnels, — puisse, à lui seul, créer une lésion organique ; il y a danger à surestimer les régulations centrales, comme il y avait péril à les sous-estimer.

2° *Notre connaissance des troubles fonctionnels est-elle meilleure ?* Tout le progrès de la psychiatrie moderne, qui a esquissé une signification plus claire de la biographie affective de l'homme, qui éclaire mieux les conflits et les inadaptations et prétend à une psychothérapie plus rationnelle, a été incorporé par la médecine psychosomatique ; mais, en même temps, celle-ci témoigne d'une crise : les cadres nosologiques traditionnels des névroses ne suffisent plus pour caractériser des manifestations fonctionnelles de plus en plus fréquentes, que l'on range parmi les troubles psychosomatiques faute de les attribuer à une névrose définie : les symptômes chevauchent les syndromes. Néanmoins, le rejet de la nosologie ne représente qu'une étape nécessaire, qui sera dépassée quand une connaissance meilleure des mécanismes permettra de nouvelles catégories plus rationnelles et plus compréhensives : la rubrique « psychosomatique » représente, à ce point de vue, une rubrique très large et momentanément utile. D'autre part, son succès a contribué à restaurer la médecine de la personne.

L. R.

Les facteurs psychosomatiques en pathologie vasculaire, par P.-N. DESCHAMPS (de Royat). (*Bull. de la Société d'angiologie et d'histo-pathologie*, séance du 24 février 1952).

L'auteur montre le rôle des facteurs psychiques dans l'hypertension, notamment l'hypertension essentielle, l'hypertension paroxystique. Il décrit le mécanisme d'action des facteurs psychiques. Il envisage ensuite le rôle de ces facteurs sur l'insuffisance coronarienne, l'angine de poitrine fonctionnelle, la thrombose coronarienne, l'insuffisance artérielle des membres inférieurs, depuis la sympathose jusqu'à la thrombose. Il montre enfin l'intérêt thérapeutique de ces notions, l'utilisation de la psychothérapie, de l'abréaction, et termine en rattachant cette étude à l'instauration d'un néospiritualisme.

L. R.

Quelques observations sur la spécificité en médecine psycho-somatique. (Some observations upon specificity in psychosomatic medicine), par Daniel M. LIPSHUTZ (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 4, 6 octobre 1952, p. 683-693).

Une meilleure compréhension des affections psychosomatiques serait atteinte si le facteur de spécificité était complètement extirpé de nos conceptions théoriques et cliniques de ce type de maladie. La psychodynamique des symptômes somatiques dans les maladies non spécifiques est à envisager comme une régression de l'individu à une période précoce de son existence physiologique, dans laquelle les seuls dangers venaient de l'intérieur. C'était primitivement les fonctions de nutrition, de sécrétion et d'excrétion. En face d'un danger réel ou imaginaire, le malade revient à ces fonctions d'une manière impulsive et itérative.

V.-J. DURAND.

L'entérocologie nerveuse. Considération psychosomatique. (Das nervöse Darmleiden. Eine psychomatische Betrachtung), par Herbert HOFF et Walter THURNER (de New-York). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, tome 2, n° 4, décembre 1952, p. 217-225).

Les auteurs, rappelant des travaux récents sur les colites spastiques sans fondement organique, décrivent les causes nerveuses de leur apparition. Ils montrent les modalités psychologiques, caractérielles et affectives correspondant aux formes avec constipation, aux types diarrhéiques, aux variétés mixtes. Les recherches de l'école psychosomatique américaine sont particulièrement utilisées.

V.-J. DURAND.

Recherches psychiatriques sur la fatigue, par R. S. SCHWAB et T. DELORME. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 8, février 1953, p. 621).

Etude portant sur 65 sujets normaux, 50 malades atteints de myasthénie grave, 25 parkinsoniens, 50 sujets souffrant de troubles neurologiques variés tels que poliomyélite, arthrite et dystrophie, 40 individus ne présentant aucune affection musculaire ou nerveuse, mais se plaignant de fatigue chro-

nique et d'une nervosité qui indiquait que leur fatigue était d'origine psychogène. La localisation pathologique de la fatigue chez les sujets atteints de troubles neurologiques peut intéresser le muscle, la plaque motrice, le nerf périphérique. Chez les sujets se plaignant d'une fatigue chronique, celle-ci était d'origine cérébrale et son traitement consista à déterminer ses causes psychologiques et à les corriger. Conseiller le repos musculaire à ces malades est une perte de temps.

L. MARCHAND.

Les allergies et le système nerveux. Notions cliniques relatives aux troubles nerveux liés à l'allergie par inhalation ou à l'allergie alimentaire, par L. COLLESSON et C.-A. PIERSON. (*Maroc médical*, octobre 1952, p. 786-795).

Envisageant une partie des rapports entre l'allergie et le système nerveux, les auteurs décrivent successivement : migraine allergique, céphalée allergique, allergie épileptogène, syndrome de Ménière et autres vertiges, syndromes polymorphes transitoires (syncopes, névrites, amaurose, hémiplegies), troubles caractériels de l'enfance, influence du psychisme sur les troubles allergiques, conduite pratique du diagnostic, indications thérapeutiques (suppression des contacts avec le réactogène, accoutumance provoquée, désensibilisation standard, traitement du terrain). Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Des aphasies musicales ou amusias en neurologie et psychiatrie, (Das afasias musicais ou amusias em neurologia e psiquiatria), par J.-N. DE ALMEIDA PRADO. (*Arquivos do departamento de Assistencia a psicopatas do Estado de São-Paulo*, vol. 17, janvier-décembre 1952, p. 5-89).

L'auteur fait d'abord une intéressante revue générale de la question discutée et parfois un peu négligée des amusias, envisageant particulièrement le problème des localisations corticales. Les cas cités dans la littérature sont rapportés, puis sont décrits : 48 observations cliniques faites pendant six ans, enfin trois protocoles anatomo-pathologiques. Dans la partie générale sont données diverses références bibliographiques. Treize figures.

V.-J. DURAND.

Apraxie de l'habillage avec troubles sensitivo-practo-somatognosiques au cours d'une démence globale, par J.-A. CHAVANY et D. HAGENMULLER. (*La Presse médicale*, 60, n° 75, 22 novembre 1952, p. 1605).

Chez une femme de 57 ans, droitière, fut observé un syndrome remarquable par la coexistence de signes d'atteinte diffuse de l'encéphale et de signes locaux très nets. Pour ces derniers, il y a désautomatisation complète de tout l'hémicorps gauche ; les troubles sensitifs correspondent au syndrome d'apraxognosie. Une hémianopsie gauche associée aux autres troubles fait penser à une désafférentation du lobe pariétal droit. La lésion pourrait siéger dans la région de la bandelette d'Elliott Schnitt. L'existence d'une « apraxie » gauche avec troubles mentaux associés avait fait penser à une tumeur fronto-calleuse. La clinique permit d'éliminer cette hypothèse.

V.-J. DURAND.

Test d'association verbale dans la dysménorrhée. (World association test in dysmenorrhoea), par P. STUART BOYD et MAX VALENTINE (d'Aberdeen). (*The British Journal of medical Psychology*, vol. 26, n° 1, 1953, p. 58-63).

Un test d'association verbale de 70 mots, reproduit en appendice, est appliqué à un groupe de dysménorrhéiques et à un groupe de contrôle. D'autre part, on note les anomalies de la réponse psycho-galvanique et du tracé des mouvements respiratoires. Des différences significatives sont trouvées, spécialement dans la qualité des réponses, la réaction psycho-galvanique, et en ce qui concerne les mots liés à la santé, au sexe, à la famille et à la vie sociale.

V.-J. DURAND.

Tension prémenstruelle : données électroencéphalographiques, hormonales et psychiatriques, par W. M. LAMB, G. A. ULET, W. H. MASTERS et D. W. ROBINSON. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 11, mai 1953, p. 840).

Sur 127 infirmières dont l'âge moyen était de 20 ans 3 mois, 85 % présentaient des symptômes de tension prémenstruelle. Sous le terme de tension, les auteurs envisagent la dépression, l'irritabilité, la modification de l'humeur, la fatigabilité, l'insomnie, le manque d'énergie. Leurs recherches ont porté sur cinq femmes présentant ces symptômes et sur cinq femmes prises comme témoins. On ne note rien de particulier entre ces deux groupes concernant les antécédents. Les sujets du premier groupe présentent des modifications du comportement et de l'activité plus importantes que les sujets du deuxième groupe et ces modifications s'observent également durant la période intermenstruelle ; ils ont plus de rêves impressionnants accompagnés d'anxiété. Au point de vue électro-encéphalographique, le tracé alpha présente un cycle plus rapide au moment des règles et un cycle plus ralenti à la phase prémenstruelle sans que l'on note une différence importante entre les deux groupes. Il en est de même au point de vue de l'activité endocrinienne, ce qui paraît en contradiction avec l'opinion que le syndrome de la tension prémenstruelle s'accompagne d'un déséquilibre œstrogène-progestérone. Il ne semble pas qu'on puisse invoquer pour ce syndrome une étiologie psychogène.

L. MARCHAND.

Syndrome d'obésité avec troubles psychiques au décours de méningites tuberculeuses traitées et guéries par la streptomycine, par PIERRE-BOURGEOIS, G. BOUDIN, VIC DUPONT, P. LUCET et Ch. BLATRIX. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 février 1953).

Deux observations d'un syndrome apparu après guérison d'une méningite tuberculeuse, et essentiellement caractérisé par le développement rapide d'une importante obésité, en même temps que de troubles psychiques (baisse importante de l'affectivité, ralentissement intellectuel). Boulimie très marquée. Le premier cas avait comporté une intervention chirurgicale pour arachnoïdite opto-chiasmatique, cécité unilatérale secondaire, mise en place d'un drain avec injections locales de streptomycine pendant six semaines. Dans le second cas, on notait l'augmentation importante de l'élimination des

17-cétostéroïdes. Chez les deux malades, vergetures et troubles électro-encéphalographiques.

L. R.

Potomanie et syndrome sensitivo-sensoriel de G. de Morsier post-traumatique. Origine hypothalamique probable, par P. BOULET, P. PAGES, H. SERRE, G. VALLAT, J. MIROUZE et J. MINVIELLE. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 janvier 1953).

Chez un déséquilibré instinctif, trois semaines après fracture du crâne, installation d'une polydipsie permanente irréversible, confirmée par l'épreuve de la soif et non réductible par l'extrait post-hypophysaire. Le test à l'hypo-sulfite est aberrant et ne montre pas d'abaissement électif de la réabsorption tubulaire, comme dans un diabète insipide véritable. Les polydipsies et polyuries post-traumatiques, quoique la plupart d'origine centrale hypothalamique, ne sont donc pas univoques. Chez ce malade existe, en outre, un syndrome sensitivo-sensoriel de G. de Morsier : adynamie, analgésie profonde, hypoesthésie cornéenne, rétrécissement concentrique du champ visuel, anosmie et troubles caractériels. La potomanie, dans cette observation, plaide en faveur d'une origine hypothalamique commune du syndrome neurologique.

L. R.

Les aspects neuro-psychiques de la rougeole. La leuco-névrite morbilieuse, par R. PUYNELLO. (*Le bulletin médical*, 1^{er} juillet 1952, p. 301-313).

L'auteur fait une importante revue générale de la question : la fréquence des complications nerveuses de la rougeole augmente depuis quelques années. La symptomatologie est très variée, la maladie pouvant frapper tous les étages de l'axe cérébro-spinal. L'auteur insiste sur la diencéphalite. Le diagnostic est surtout celui de la méningite tuberculeuse. La mortalité de 10 à 40 % est plus élevée chez le nourrisson et l'adulte que chez l'enfant. L'électro-encéphalographie peut déceler des séquelles dans 40 % des cas. L'anatomie pathologique comprend des lésions d'encéphalite périveineuse (leuco-encéphalite) et, parfois, des altérations vasculaires non inflammatoires. De pathogénie encore discutée, les complications nerveuses peuvent être traitées par les antibiotiques, l'abcès de fixation, peut-être la cortisone, l'A.C.T.H., les gamma-globulines. Deux observations personnelles sont rapportées.

V.-J. DURAND.

Les névroses motrices. (Le nevrosi motorie), par Giovanni ALEMA et Piero BENASSI (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952, p. 1-31).

Après avoir passé en revue les diverses hypothèses pathogéniques concernant tics, bégaiement, crampes des écrivains, tremblements et symptômes voisins et leurs thérapeutiques, les auteurs proposent le groupement de ces syndromes parmi les névroses avec le qualificatif de « motrices ». Ils rapportent ensuite les résultats du traitement de quarante malades, non amé-

liorés par d'autres thérapeutiques, et qui furent soumis à la narco-analyse ou à de simples narcoses répétées. Il s'agissait dans dix cas de tics, dans huit de bégaiement, dans sept de crampes professionnelles, dans neuf de dyscinésies respiratoires, dans six de tremblements fonctionnels. Les plus améliorés furent les tics, les crampes et les tremblements. Dans l'ensemble, il fut observé 40 % de guérisons, 42,5 % d'améliorations, 17,5 % d'échecs. Dans l'interprétation des résultats, on peut invoquer un mécanisme de réharmonisation de fonctions archaïquement altérées, avec effet favorable d'une psychothérapie facilitée par la narcose barbiturique. Tableaux. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Anorexie nerveuse, son pronostic, par D. W. K. KAY. (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, vol. 46, août 1953, p. 669).

Etude portant sur 38 malades (34 femmes et 4 hommes). Dans 70 % des cas, l'affection a débuté avant l'âge de 26 ans ; chez 5 malades avant 15 ans et chez 3 après 35 ans. La triade de leurs symptômes comprend : l'anorexie, l'aménorrhée et la perte de poids, mais le symptôme principal est la présence d'idées morbides concernant la nourriture. Les obsessions, l'anxiété hypocondriaque, les préoccupations alimentaires sont les principaux caractères de leur personnalité. Les traitements ont consisté en suralimentation, insulinothérapie, électrochothérapie ; trois malades furent leucotomisés et améliorés. Le traitement endocrinien n'a eu aucun effet sur l'évolution de la maladie. Huit malades furent soumis à une psychothérapie systématique ; un seul bénéficia du traitement d'une façon durable. L'impression est que, dans l'anorexie nerveuse, la psychothérapie n'offre aucun avantage sur les autres modes de traitement. Sur les trente-huit malades suivis durant plusieurs années, la mort survint chez six du fait même de l'anorexie nerveuse, chez deux de tuberculose. Quatre malades sont considérés comme guéris ; les autres sont améliorés mais continuent à présenter des symptômes névrotiques tels que maux de tête, accès dépressifs, anxiété. 65 % ont une alimentation défectueuse, souvent bizarre. La menstruation est restée troublée chez 45 % des femmes. Chez cinq malades l'aménorrhée a persisté, chez quatre malades elle est restée irrégulière sous l'influence d'états émotifs. En général, chez toute malade qui reprend son poids normal, les fonctions menstruelles reprennent leur cours. En moyenne, 10 à 20 % des anorexiques se rétablissent et 15 % meurent. Chez les sujets qui, en raison de leur état mental, sont traités dans les hôpitaux psychiatriques, le pronostic est mauvais. Si, au début de l'anorexie, on ne note aucun trouble mental, on peut prévoir que la maladie ne se compliquera pas de psychose. Pour l'auteur, l'anorexie nerveuse est une entité spécifique dont les désordres psychologiques se concentrent autour de la prise de nourriture.

L. MARCHAND.

Les crises nerveuses en neuro-chirurgie, par J. LE BEAU et E. WOLINETZ. (*Le bulletin médical*, n° 1, 1^{er} janvier 1953, p. 4-6).

Sous le nom de crises nerveuses, les auteurs étudient quelques manifestations de diagnostic parfois délicat et qui peuvent être de grande impor-

tance neuro-chirurgicale : crises d'épilepsie de type généralisé (soit d'emblée, soit après début localisé), crises de type petit mal, crises bravais-jacksoniennes motrices pures, crises toniques (épileptiques et « cerebellar fits »), crises d'épilepsie partielle (sensitives, sensorielles, souvent très difficiles à reconnaître), crises psycho-motrices, crises psychiques temporales, cataplexie, crises neuro-végétatives, enfin crises pithiatiques qui ne doivent être affirmées qu'avec grande prudence. Dans tous les cas, la confrontation de la clinique avec divers examens complémentaires (surtout électro-encéphalographie) est indispensable.

V.-J. DURAND.

Hystérie et tumeur cérébrale, par M. COULOMBE et C.-A. MARTIN, (*Laval médical*, Québec, vol. 17, n° 4, avril 1952, extrait de 14 pages).

Des syndromes d'allure névropathique peuvent être dus à une tumeur cérébrale. Ils peuvent se révéler à l'occasion de celle-ci qui fait apparaître des tendances latentes. Parfois l'histoire psychogénique n'est qu'une coïncidence. Trois observations démonstratives sont rapportées. Pour le diagnostic, l'électro-encéphalographie est très utile.

V.-J. DURAND.

Tumeurs cérébrales et troubles mentaux, par J. ALLIEZ. (*Archives de médecine générale et tropicale*, 21, n° 1, janv.-fév. 1954 p. 17-21).

Exposé didactique destiné aux « Journées médicales de la Timone » de novembre 1953. L'auteur oppose la fréquence du symptôme psychique au cours de l'évolution des néoplasies cérébrales, en relation avec leur topographie ou l'hypertension intra-cranienne à la rareté des formes mentales proprement dites des tumeurs cérébrales. Ces psychoses symptomatiques sont d'ailleurs souvent d'interprétation difficile. Les moyens modernes d'exploration seront toujours indispensables et fructueux, le trouble mental étant habituellement sans spécificité, en dehors des tumeurs temporales.

L. R.

Mémoire, lobe préfrontal et psychochirurgie. (*Memoria, lobo prefontale e psicochirurgia*), par Tommaso SENISE (de Naples). (*Il cervello*, 29^e année, n° 2, 15 mars 1953, p. 115-163).

L'auteur montre l'importance des troubles de la mémoire observés dans les lésions du lobe préfrontal, comme le révèlent l'étude des singes ayant subi une mutilation de cette région, celle des tumeurs, des processus vasculaires, des traumatismes, enfin de diverses affections de cette partie de l'encéphale ; ainsi que le prouvent également les syndromes déficitaires mnésiques observés après leucotomie préfrontale. L'intensité des troubles de la mémoire peut être très grande, aboutissant à un véritable état démentiel permanent. Ceci amène à critiquer la psycho-chirurgie et tout spécialement dans les syndromes psychiques sans déficit intellectuel. L'auteur, dans toute son étude, s'appuie sur une riche documentation. Nombreuses références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur la genèse des principaux phénomènes composant les crises épileptiques généralisées, par Alberto SALMON (de Florence). (*La Presse médicale*, 11 février 1953).

Les noyaux diencephaliques, reliés par les rapports fonctionnels les plus étroits avec le système neuro-végétatif, l'hypophyse, les glandes surrénales et la sécrétion céphalo-rachidienne, constituent un appareil épileptogène qui, excité par les impulsions provenant des lésions corticales et sous-corticales, par les stimuli électriques, toxiques, réflexes, émotifs, par les modifications quantitatives et qualitatives du liquide céphalo-rachidien, provoque les accès convulsifs généralisés. Même ayant une genèse multiple, ces accès se manifestent par la même phénoménologie, s'atténuent par les mêmes médicaments, d'où l'existence d'un appareil épileptogène unique stimulé par les causes différentes. Le siège diencephalique de cet appareil est confirmé par la riche phénoménologie diencephalique des accès (nombreux phénomènes sympathicotoniques et vagotoniques, perte de conscience, hypertension artérielle, apnée liée à l'hypertension, hyperthermie, anosmie, rétention hydrique), par la rareté des phénomènes bulbaires, par la bénignité des accès, par leur amélioration par les barbituriques ayant une action hypnotique élective sur les noyaux diencephaliques. La conception que les accès convulsifs généralisés ont une origine diencephalique est tout particulièrement confirmée par leur disparition chez les animaux protubérantiels et bulbaires dans lesquels la fonction diencephalique est supprimée, de même que chez les animaux mutilés de la région diencephalique.

L. R.

Proportion des sexes dans les accidents convulsifs avec une note sur frères et sœurs du même sexe, par C. OUNSTED. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 4, novembre 1953, p. 267).

Divers auteurs ont trouvé que parmi les enfants atteints de convulsions ou d'épilepsie, les garçons étaient plus nombreux que les filles. L'auteur, sur accès convulsifs, d'autre part 203 filles et, parmi elles, 49,3 % avaient des accès convulsifs, d'autre part 203 filles et, parmi elles, 49,3 % avaient des accès convulsifs. Il conclut que dans les familles dans lesquelles on note des convulsifs le sexe est un facteur insignifiant. Dans les familles dans lesquelles il n'y a pas de convulsifs, les garçons sont aussi plus nombreux que les filles. Dans les familles dans lesquelles il y a des convulsifs, on trouve la même proportion de garçons et de filles. Si l'on divise les familles en deux groupes : 1° celles dans lesquelles des sujets n'ont eu que des convulsions, 2° celles dans lesquelles des sujets sont épileptiques, on relève comme garçons 60,8 % dans les premières et 62,7 % dans les secondes, différence qui est peu importante. Dans les familles dans lesquelles on n'observe aucuns antécédents convulsifs, il y a aussi une tendance à procréer plus de garçons que de filles. Si on considère les familles dans lesquelles il n'y a, soit que des sœurs, soit que des frères, on trouve la même proportion de sujets ayant des accidents convulsifs (28 % pour les filles et 26 % pour les garçons). L'auteur conclut que le sexe n'est pas un facteur déterminant d'accidents convulsifs ou épileptiques.

L. MARCHAND.

Influence probable des saisons de l'année sur le commencement, de l'épilepsie. (Probable influencia de las estaciones del año en el comienzo de la epilepsia), par Federico SAL Y ROSAS. (*Revista de neuro-psiquiatria* Lima, t. 15, n° 1, mars 1952, p. 66-82).

Une étude faite sur 1.452 épileptiques en ce qui concerne le rôle possible des saisons sur le début des troubles a montré que, dans l'ensemble, l'épilepsie commence plus souvent dans les mois froids avec maximum en hiver. Par contre, les formes d'origine exogène débuteraient de préférence en été. Dans le déterminisme du phénomène paraît intervenir une action combinée de plusieurs facteurs atmosphériques. Tableaux. Graphiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Epilepsie affective. (Affectiv epilepsy), par L. VAN DER HORST (d'Amsterdam) (*Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, Londres, vol. 16, n° 1, février 1953, p. 25-29).

L'auteur rapporte un cas de processus tumoral s'étendant à tout le rhinencéphale chez un homme de 31 ans avec, pendant dix ans, crises nerveuses et, dans les quatre dernières années, signes d'épilepsie affective. Cette observation est intéressante par la valeur clinique et diagnostique du syndrome, par la nature des lésions (gliose diffuse dégénérée en glioblastome multiforme) et par ses rapprochements possibles avec les conceptions de Papez sur le mécanisme des émotions. Huit figures.

V.-J. DURAND.

A propos d'une épilepsie juvénile terminée mortellement par suffocation durant une crise nocturne, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Archives internationales de neurologie*, 71^e année, n° 10, décembre 1952, p. 185-191).

Un jeune homme présente à 14 ans ses premières crises comitiales, attribuées alors à une insolation. Les manifestations épileptiques se répètent (crises généralisées et absences), mais sont très améliorées par le traitement. Le malade, suivi régulièrement par l'auteur, montrant un Rorschach sensiblement normal, meurt à 20 ans au cours d'une crise nocturne, un filet destiné à maintenir sa coiffure ayant joué sans doute un rôle de garrot, d'où suffocation. Il s'agit là d'un accident rarissime.

V.-J. DURAND.

Dysostose cléido-cranienne avec manifestations épileptiques chez la mère et la fille, par G. BOUDIN, J. BARBIZET et J. HERMAN. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 21 novembre 1952).

Présentation de deux malades, la mère et la fille, chez lesquelles on retrouve : petite taille ; brachycéphalie avec persistance des fontanelles ; anomalies de la dentition ; spina-bifida cervico-dorsal et lombo-sacré ; aplasie claviculaire ; thorax tronconique ; malformations du bassin ; mycro-onyxie plus marquée aux mains qu'aux pieds. Ces deux malades présentent en outre des manifestations épileptiques, cliniques et électro-encéphalographiques chez la mère, purement électro-encéphalographiques chez la fille.

L. R.

Epilepsie cardiaque simulant le syndrome angine de poitrine, par E. R. JANJIGIAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 1, juillet 1953, p. 34).

Le sujet, âgé de 39 ans, est atteint depuis quatre mois d'une douleur sous-sternale survenant au cours d'un effort, d'un repas copieux ; l'attaque survient deux ou trois fois par semaine, une heure environ après le repas du soir, et dure 20 à 30 minutes. Le début est brusque, s'accompagnant d'un état nauséux et de la peur de mourir. La douleur s'irradie dans l'épaule et les doigts gauches. Cardiographie normale. Les tracés électro-encéphalographiques décèlent un haut voltage et des ondes lentes dans les deux hémisphères. Suppression des attaques après traitement par le dilantin ; le tracé électro-encéphalographique devient normal. L'épilepsie cardiaque peut être rapprochée comme forme de l'épilepsie abdominale.

L. MARCHAND.

Etudes sur l'épilepsie traumatique (2^e partie : crises motrices localisées et somato-sensorielles : étude portant sur 85 cas), par R. RUSSEIL et C. W. M. WHITTY. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 2, mai 1953, p. 73).

Les auteurs basent leur travail sur une série d'observations concernant les aspects généraux des attaques motrices et sensorielles, leur évolution. Ils donnent à propos de chaque cas un tracé indiquant l'emplacement de la blessure crânienne et le déficit permanent sensorio-moteur et visuel. Ils étudient successivement les formes des auras et comment elles se propagent, les paralysies post-épileptiques, l'étendue des secousses jacksoniennes, les multiples formes que l'aura peut revêtir chez un même sujet, l'épilepsie partielle continue, les différentes façons d'arrêter les accès localisés (extension des muscles intéressés, stimulation électrique du cortex correspondant aux muscles convulsés). Un chapitre est réservé à certains détails des attaques telles que myoclonies, sensations de secousses électriques, inhibitions motrices et sensitives, auras agnosiques et illusion du membre fantôme, auras douloureuses et thermiques.

Des considérations anatomiques illustrées de deux schémas montrent le rôle que jouent sur la forme des accès l'étendue des blessures et leurs localisations dans l'hémisphère cérébral lésé.

Dans la discussion de leurs constatations, les auteurs décrivent cinq variétés d'auras motrices et sept variétés d'auras sensorielles. Les attaques adversives sont si particulières qu'on peut les considérer comme une entité clinique ayant un terrain anatomique distinct. Les auras avec sensation de douleur, de chaud ou de froid, s'observent dans les cas de blessures corticales très petites et présentent ainsi un grand intérêt localisateur.

L. MARCHAND.

Le métier de l'épileptique, par J. PLANQUES et R. MAS. (*Bull. de la Société de médecine du travail de la région toulousaine*, séance du 7 février 1953).

Les techniques modernes de traitement de l'épilepsie ont réduit de 1/5 environ, dans tous les pays, la proportion des épileptiques écartés du

travail. Le nombre des professions refusées au 4/5 restant d'épileptiques traités est beaucoup plus restreint que celui établi d'après les tables de Bonnardel. Ils ne peuvent être exclus que des professions qui mettent autrui ou eux-mêmes en danger.

Il paraît même impossible, ajoutent les auteurs, de leur refuser de façon absolument systématique une profession qui, du fait de la maladie, leur fait courir quelque danger ; autrement on priverait ces hommes, mentalement sains, de leurs chances légitimes de réussite. D'ailleurs, une statistique montre leur maintien dans toutes les professions ou états qu'offre la société, statistique portant sur 500 cas médicalement et professionnellement étudiés.

L'orientation et le maintien d'un épileptique dans une profession est fonction, non seulement de la variété de l'épilepsie, de sa sensibilité au traitement, mais plus encore de la personnalité et du caractère individuel de chaque épileptique. Il ne sert donc à rien de faire des classifications et le métier à conseiller ou à conserver est strictement conditionné par des facteurs individuels.

L. R.

L'épilepsie temporale, par Michelle B. DELL (de Paris). (*La Presse médicale*, 4 avril 1953).

Sous le terme « épilepsie temporale », on a groupé artificiellement un certain nombre de formes cliniques de l'épilepsie, parmi lesquelles l'auteur distingue : a) une épilepsie temporale proprement dite, à symptomatologie clinique réellement attribuable au lobe temporal (hallucinations auditives, phénomènes aphasiques, etc.) avec un foyer électro-encéphalographique correspondant à un foyer épileptogène situé à la face externe du lobe temporal ; b) une épilepsie psycho-motrice, à symptomatologie viscéro-végétative et psychique, avec un foyer électro-encéphalographique à la pointe d'un lobe temporal ou à expression électrique bilatérale : le véritable foyer épileptogène reste non précisé et peut, s'il existe réellement en tant que « foyer » ou point localisé et limité, être imaginé dans de nombreuses structures sous-corticales non temporales ; c'est là une des formes les plus fréquemment observées dans la pratique.

L. R.

Epilepsie du lobe temporal avec désordre de la personnalité et du comportement causée par une calcification lésionnelle rare, par M. A. FALCONER, D. A. A. POND, A. MEYER et A. L. WOOLF. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 4, novembre 1953, p. 234).

Chez deux enfants atteints d'épilepsie et de troubles du comportement, la radiographie, la ventriculographie, l'électro-encéphalographie permirent de déceler dans un des lobes temporaux des calcifications. La lobectomie temporale fut suivie de la guérison de l'épilepsie et les troubles du comportement disparurent. L'examen histologique décela dans les lobes enlevés des foyers de calcification, une augmentation de la vascularisation, une sclérose névroglique rappelant les lésions de l'hémangiome calcifié (quinze figures illustrent le travail).

L. MARCHAND.

Localisation électrocorticographique d'un foyer épileptogène temporal. (Localizzazione elettrocorticografica di un focolaio epilettogeno temporale), par R. VIZIOLI, B. GUIDETTI et G. MENGOLI (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952, p. 326-333).

Les auteurs présentent un cas d'épilepsie focale dont la localisation temporale gauche fut établie d'abord par l'électro-encéphalographie. Une électrocorticographie permit de préciser le siège de la lésion à la circonvolution temporale supérieure. A des stimulations par des courants sinusoïdaux de 1,5 volts, succédaient en ces points des « after-discharges » de 25 secondes. Ce phénomène ne s'observait pas par stimulation de régions voisines. Reproduction de tracés.

V.-J. DURAND.

Initiations électro-encéphalographiques. Epilepsie viscérale. Enregistrement d'une crise respiratoire, par H. FISCHGOLD et M^{me} G. ARFEL-CAPDEVIELLE (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 avril 1953).

Les auteurs décrivent une crise d'épilepsie respiratoire, avec sa topographie corticale mise en évidence par l'électro-encéphalographie, et montrent combien les interrelations du système végétatif et du système somatique sont étroites à tous les étages du système nerveux, y compris le télencéphale.

L. R.

Les épilepsies de l'acoustique. (Le epilessie dell'acustico), par Mario LA LOGGIA (d'Agrigente). (*Il Cervello*, 28^e année, n° 5, 15 septembre 1952, p. 357-360).

L'auteur rapporte un cas rare d'épilepsie de la branche cochléaire du nerf acoustique, avec modifications de la sphère végétative et émotionnelle, qu'il attribue à des lésions minimes sous-corticales et plus précisément de la zone diencéphalo-mésencéphalique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Tétanie et épilepsie, par Hector GOTTA (de Buenos-Aires). (*La Presse médicale*, 25 avril 1953).

Dans l'insuffisance parathyroïdienne, qu'elle soit idiopathique ou post-opératoire, en plus des symptômes de tétanie on peut parfois observer des manifestations typiques d'épilepsie. Cette coexistence a été interprétée, soit comme une coïncidence accidentelle de deux maladies indépendantes (Sachs, Kalischer), soit comme une relation de cause à effet (Redlich). Ces interprétations distinctes furent basées exclusivement sur des faits d'observation clinique. L'auteur montre comment l'introduction de l'électro-encéphalographie a contribué de manière importante à l'éclaircissement du problème.

L. R.

Myoclonie nocturne, par Ch. P. SYMONDS. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 3, août 1953, p. 166).

De nombreuses personnes en bonne santé au début de leur sommeil sont réveillées par une secousse musculaire soudaine, involontaire, souvent loca-

lisée aux membres inférieurs : elles se rendorment et parfois la myoclonie peut se reproduire. Il en est d'autres qui sont réveillées la nuit par des secousses myocloniques, qui surviennent bien plus fréquemment que chez les individus normaux ; ces myoclonies, comme le fait est connu depuis longtemps, sont des équivalents épileptiques. L'auteur réserve à cette forme le nom de « myoclonie nocturne » et en donne cinq observations. Un de ses malades peut compter jusqu'à 70 myoclonies en une nuit. L'affection peut être familiale. Elle ne s'accompagne pas d'anomalies électro-encéphalographiques. Elle n'est pas toujours améliorée par un traitement antiépileptique. La « myoclonie nocturne » ne doit pas être confondue avec l'épilepsie myoclonique, dans laquelle des secousses sont provoquées par un stimulus visuel, auditif, tactile ou proprioceptique.

L. MARCHAND.

Processus dégénératif atrophique diffus, à prédominance thalamo-striée. Séméiologie extra-pyramidale et psychique variable. Évolution subaiguë à terminaison démentielle, par Y. POURSIDES, J. BOUDOURSES et J. ROGER (*Revue neurologique*, tome 89, 1953, 2^e semestre, n° 4).

Observation d'un homme de 54 ans chez lequel un état dépressif avec léger affaiblissement intellectuel, accompagné de troubles d'allure cérébelleuse, statique, et suivi de symptômes moteurs extrapyramidaux, s'est terminé par la mort après une évolution démentielle rapide. A l'examen histologique, dégénérescence neuronale primaire, affectant le type atrophique, indépendante de troubles circulatoires ou inflammatoires, négligeant presque le cortex cérébral, atteignant de façon prédominante, quasi-totale, le thalamus, le striatum, la substance réticulaire de la tige cérébrale.

Les auteurs soulignent l'analogie de cette observation avec celles antérieurement publiées dans la *Revue neurologique* par Th. Alajouanine et L. van Bogaert, ainsi que par R. Garcin, I. Bertrand, L. van Bogaert, J. Gruner et S. Brion.

R. C.

Récidive de méningiome temporo-occipital gauche d'expression psychiatrique prédominante, par Cl. GROS, R. LAFON, R. LABAUGE, J. MINVIELLE et F. GRUNBERG. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 23 mai 1952).

Cette observation pose le problème des récurrences des méningiomes, inévitables lorsqu'il s'agit de tumeur à large base d'implantation, siégeant au voisinage des gros confluent veineux, torcular en l'occurrence. Toute exérèse complète est en effet impossible, initialement tout au moins. Des troubles du comportement très voisins de la moria constituaient le seul élément révélateur de cette tumeur postérieure. Une fois encore, se vérifie qu'il n'y a pas de symptômes psychiatriques pathognomoniques d'une localisation précise.

L. R.

Kyste du III^e ventricule avec symptomatologie exclusivement psychique et sans signes d'hypertension intracrânienne. (Cisti del III^e ventricolo con sintomatologia esclusivamente psichica e senza segni di ipertensione endocranica), par S. NOBILE et M. P. D'AGATE (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, 1^{re} partie, janvier-février 1952, p. 194-212).

Un sujet de 36 ans avec syndrome de Korsakoff, moria, euphorie, subexcitation, céphalée, pendant un an et demi, sans signes d'hypertension intracrânienne, ni symptômes de localisation, montre à la ventriculographie une tumeur du III^e ventricule. A l'autopsie, kyste occupant tout le ventricule moyen et détruisant le diencéphale. Histologiquement, craniopharyngiome. L'auteur fait diverses considérations cliniques et anatomo-physiologiques. Neuf figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un syndrome très rare héréditaire récessif se traduisant par une ataxie cérébelleuse, de l'oligophrénie, la cataracte et autres symptômes, par H. GARLAND et D. MOORHOUSE. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 2, mai 1953, p. 110).

La maladie est déterminée par un gène récessif autosomal ; la consanguinité des parents est la règle. Le syndrome comprend une ataxie cérébelleuse congénitale avec souvent une participation du système pyramidal, une oligophrénie de degré moyen, la cataracte qui apparaît dans l'enfance et entraîne progressivement la cécité, des anomalies multiples du squelette ; les sujets sont de petite taille ; quelques-uns présentent une hypertension vasculaire. Les auteurs rapportent deux exemples de ce syndrome et résument les cas antérieurement publiés.

L. MARCHAND.

Accidents neurologiques des avortements criminels, par A. RAVINA et M. PESTEL (de Paris). (*La Presse médicale*, 8 octobre 1952).

Au tableau clinique des accidents nerveux immédiats provoqués par les avortements criminels (crises convulsives, déficit moteur plus ou moins durable), les auteurs ajoutent la fréquence des contractures généralisées avec trismus et hyperesthésie cutanée diffuse, aspect habituel au stade initial des avortements compliqués, en cas d'injection d'air ou de liquide dans la cavité utérine.

Dans les accidents plus tardifs, ils soulignent la part des thromboses veineuses cérébrales : elle rend compte des localisations motrices successives des crises convulsives répétées, des localisations sensitives segmentaires, souvent labiles dans leur évolution. Elles peuvent être également à l'origine de suppurations collectées évoluant avec une symptomatologie extrêmement discrète. D'autre part, la connaissance plus précise de la circulation veineuse cérébrale et de sa pathologie a permis de reconsidérer la question des embolies gazeuses ou cruoriques à la lumière des travaux récents.

Dans les lourdes séquelles qui peuvent grever ces accidents, s'ajoutent aux déficits moteurs, plus ou moins étendus et souvent définitifs, les troubles sensitifs, les psychoses, et surtout l'apparition d'un syndrome strié, dont

deux observations des auteurs confirment l'existence. Ces troubles laissent supposer que les désordres nerveux sont souvent plus profonds qu'on ne le croit et atteignent les noyaux gris centraux.

L. R.

PSYCHANALYSE

Aspects théoriques et expérimentaux de la psychanalyse. (Theoretical and experimental aspects of psycho-analysis), par W. Ronald D. FAIRBAIRN. (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25, nos 2 et 3, 1952, p. 122-127).

Rappelant que, pour lui, les modalités du comportement instinctif sont des manifestations caractéristiques d'une structure dynamique du moi en rapport avec l'objet extérieur lui-même, l'auteur affirme que la distinction de Freud entre conscient et inconscient devient actuellement moins importante que celle entre les deux mondes de la réalité extérieure et de la réalité intérieure. La signification réelle du transfert réside dans le fait qu'il représente les manifestations de situations inconscientes et de relations qui appartiennent au monde présent de la réalité intérieure, bien qu'elles aient leurs racines dans l'expérience passée. Le contraste entre présent et passé doit être subordonné au contraste entre réalités externe et interne.

V.-J. DURAND.

Introduction à l'anthropologie psychanalytique. (Introdução a antropologia psicanalitica), par Enrique RACKER. (*Neurobiologia, Recife*, t. 14, n° 4, décembre 1951, p. 226-238).

Après un rappel de quelques notions d'anthropologie, l'auteur envisage certaines conceptions psychanalytiques correspondantes, et en particulier la mythologie psychanalytique. La cosmogonie grecque, les mythes égyptiens d'Isis, Horus, Seth et Osiris, le meurtre de Clytemnestre par Oreste sont explorés à la lumière des travaux de Freud. Les mythes apparaissent comme des rêves de l'humanité jeune, produits par son imagination et traduisant des forces psychiques en lutte et des instincts inconscients. Ce sont des essais de satisfaction de désirs.

V.-J. DURAND.

Profil psychanalytique de Charles Baudelaire, par N.-N. DRACOUlidès. (Un extrait de 25 pages de *Psyché*, n° 83, septembre 1953).

Se basant sur l'étude de sa vie et sur une analyse de ses poèmes et de sa correspondance, l'auteur trace un portrait psychanalytique de Baudelaire. La mort prématurée de son père, son attachement pour sa mère, le mariage rapide de celle-ci, le désespoir de l'enfant ont entraîné une série de perturbations psychiques : misogynie, attitude ambivalente sado-masochiste à l'égard de sa mère, « démon de destruction », masochisme érogène, matricide symbolique. Une utile comparaison peut être faite avec Oreste et Néron.

V.-J. DURAND.

Forces culturelles anti-psychanalytiques dans le développement de la civilisation occidentale. (Anti-psychanalytic cultural forces in the development of Western civilization), par Silvano ARIETI. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 1, janvier 1952, p. 63-78).

Traçant un intéressant tableau des conceptions scientifiques et philosophiques de la civilisation occidentale, l'auteur montre le développement, à côté de thèses rationalistes et intellectualistes, de théories anti-intellectualistes et à base affective. Les conceptions d'Aristote, de saint Thomas d'Aquin ont été attaquées. Le développement de l'existentialisme, et surtout de la psychanalyse a entraîné certains bouleversements, non seulement en philosophie, mais aussi dans l'art et même en mathématique.

V.-J. DURAND.

Le surmoi dissocial. (The dissocial superego), par Thomas HORA (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 3, juillet 1952, p. 513-519).

Le surmoi dissocial est celui qui apparaît par identification avec des parents délinquants et un entourage antisocial. L'échelle des valeurs est alors perturbée. Le but du traitement est de substituer aux « héros » criminels un nouveau modèle, en la personne du psychothérapeute. Les précautions à prendre au cours de la cure et la conduite de celle-ci sont illustrées par un exemple.

V.-J. DURAND.

Aboutissements cliniques de l'amour dans la psychanalyse de Freud, par Gregory ZILBOORG (de New-York). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 6, décembre 1952, p. 630-648).

Selon l'auteur, l'amour fut considéré par Freud comme le plus haut but de la croissance humaine et comme la substance même de la relation entre psychanalyste et patient. Le facteur le plus important dans le processus psychanalytique freudien est l'orientation prise par l'instinct sexuel, avec intégration dans l'ensemble de la vie du sujet. Freud montrait dans sa personnalité un véritable paradoxe ; voisin sur certains points de l'idéal chrétien, il serait, d'autre part, pessimiste, avec une attitude agressive vis-à-vis de la religion. Cette dernière position d'hostilité pourrait être rattachée à certaines expériences traumatisantes de l'enfance de Freud.

V.-J. DURAND.

Considérations critiques sur l'interprétation psychanalytique des sentiments et des émotions chez l'enfant. (Rilevi critici sull'interpretazione psicoanalitica dei sentimenti e delle emozioni nel bambino), par A. DELLA VOLTA et G. ZECCA (de Gênes). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 13^e année, fasc. 5, octobre 1952, p. 445-473 et fasc. 6, décembre 1952, p. 607-629).

Les auteurs, se basant sur l'observation prolongée du comportement, ont étudié les sentiments et les émotions de l'enfant. Les affections entre enfants

et parents se présentent bien définies et différentes des affections sexuelles. Sur beaucoup de points, les remarques faites par les auteurs s'opposent aux conceptions freudiennes. L'affection maternelle, la gâterie entravent le processus de socialisation de l'enfant. La séparation de ce dernier d'avec la mère peut cependant s'effectuer sans difficultés. Dans les affections entre frères peuvent se voir des réactions de jalousie intense. Par contre, une tendance à l'émulation et à une agressivité modérée peut préparer l'enfant aux compétitions et aux luttes de la vie. Dans la seconde enfance, les affections ne vont pas, ordinairement, au delà de la famille. L'amour du prochain correspond plutôt à des notions théoriques qu'à des sentiments vécus.

V.-J. DURAND.

Etude de la théorie de Fairbairn des réactions schizoïdes. (A study of Fairbairn's theory of schizoid reactions), par H. GUNTRIP (de Leeds). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 25 n°s 2 et 3, 1952, p. 86-103).

La théorie de Fairbairn est une modification des conceptions psychanalytiques classiques. Pour lui, le but de la libido est l'objet lui-même. Les états dépressifs et schizoïdes lui apparaissent les deux types fondamentaux de réactions dans les relations avec un objet anormal. Dans les relations du schizoïde aux objets, on peut en décrire une active : la crainte de perdre l'objet (objet nécessaire, objet considéré comme une chose à dévorer, réactions schizoïdes à la nourriture avec oscillations entre faim et refus d'aliments, situation de transfert), l'autre passive : la crainte de perdre son indépendance (objet regardé comme devant dévorer le moi). Puis doivent être envisagés le retrait schizoïde loin de l'objet, le problème fondamental ou identification (identification et dépendance infantile, identification dissolvante avec anxiété de séparation), enfin les caractéristiques schizoïdes (introversion, narcissisme, auto-suffisance, sentiment de supériorité, perte de l'affectivité, isolement, dépersonnalisation). Pour terminer, l'auteur compare les vues de Fairbairn et celles de Freud et considère quelques expressions culturelles des craintes schizoïdes.

V.-J. DURAND.

Le complexe d'Ismaël. (The Ishmaël Complex, par Helen Mayer HACKER (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 3, juillet 1952, p. 494-512).

Se basant sur la fréquence d'un thème particulier dans la littérature populaire américaine, l'auteur décrit, sous le nom de complexe d'Ismaël, la relation d'un jeune Américain déclassé ou proscrit avec un noir. Ce dernier représente à la fois les images du père et de la mère. Actuellement, ce complexe se retrouve plus nettement et plus fréquemment chez les enfants de la classe moyenne. L'auteur envisage les causes possibles du choix du nègre comme substitut parental. La place tenue par les noirs dans la société américaine joue un grand rôle dans la naissance du thème. Les rapports avec le complexe d'Edipe sont décrits, ainsi que les conséquences psychologiques et psychothérapiques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Transfert et contre-transfert. (Übertragung und Gegenübertragung), par W. SOLMS (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, juin 1952, p. 95-105).

Phénomène constant dans toute psychanalyse et qu'on peut même retrouver dans une psychothérapie courante, le transfert demande à être résolu et exposé au malade. Les précautions à prendre sont décrites. Quant au contre-transfert, c'est un phénomène névrotique, toujours néfaste. Une grande prudence est nécessaire pour en empêcher l'apparition ou au moins pour en diminuer les dangers. L'auteur rappelle les conceptions des divers psychanalystes et indique ses opinions personnelles sur ces sujets délicats. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les indications et la technique de la cure psychanalytique, par Michel GRESSOT (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 230, 15 novembre 1952, p. 455-457).

Voulant lutter contre certains préjugés et certaines incompréhensions, l'auteur montre que la psychanalyse n'est pas une méthode hermétique, mais scientifique, qu'il ne faut pas confondre la technique psychanalytique avec certaines hypothèses explicatives plus conjecturales. Les conditions du contrat entre malade et psychanalyste sont précisées, ainsi que la démarche psychanalytique avec surtout le transfert ; le travail d'interprétation, les effets de la cure sont rappelés, ainsi que les contre-indications puis les indications (essentiellement syndromes névrotiques). En conclusion, l'auteur indique la valeur humaine de la méthode et l'intérêt de son application.

V.-J. DURAND.

Essai sur la sublimation, par Ch. ODIER (*Revue suisse de psychologie*, 1954, vol. 13, n° 2).

Analysant le concept de sublimation, l'auteur considère trois grandes catégories de facteurs : A. les mécanismes liés à l'évolution instinctive-affective propre ; — B. l'influence et la pression du milieu ; — C. un « troisième stade », soit spontané chez l'individu normal, soit survenant en cours d'analyse chez le névrosé, et dans lequel intervient la psychologie propre du Moi. Sans l'appel à la notion de valeur, l'achèvement et le succès d'une sublimation seraient des phénomènes incompréhensibles. Cette notion suppose à la fois des jugements de valeur et des mécanismes de valorisation. Une sublimation réussie est un aspect de la guérison. A ce troisième stade, elle équivaut à une activité normale.

L. R.

Conservation consciente du secret comme défense masochiste. (Conscious secretiveness as a masochistic defense), par Henry G. GRAND (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 2, avril 1952, p. 261-273).

Les sujets masochistes conservent très souvent, peut-être même de façon caractéristique, une attitude secrète et circonspecte envers autrui, d'une

façon tenace et consciente, comme si leur vie en dépendait. Cette attitude est liée à un sentiment de responsabilité pour une situation infantile terrifiante éprouvée ou évoquée avec, comme conséquence, crainte d'une punition également terrifiante. En thérapeutique, la reconnaissance de cette attitude, sa mise à jour et sa discussion constituent une partie essentielle du travail du psychothérapeute. Trois observations détaillées sont rapportées.

V.-J. DURAND.

A propos d'un rêve de désir de mort (Todes Wunsch) et de sa motivation psychodynamique, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 15, 1952, p. 298-306).

Les rêves de désir de mort expriment un complexe agressif dirigé contre un sujet défini. Parfois, la projection dans la symbolique onirique utilise des voies déterminées par un mécanisme métathétique. Un exemple de cette sorte est rapporté par l'auteur avec utilisation du test de Rorschach.

V.-J. DURAND.

ANATOMIE

La contribution de Cajal à l'histologie nerveuse. (La contribucion de Cajal a la histologia nerviosa), par Enrique ENCINAS. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 15, n° 2, juin 1952, p. 130-169).

A l'occasion du centenaire de sa naissance, a eu lieu à Lima, du 26 au 30 mai 1952, une série de conférences et de cérémonies, en hommage au grand histologiste espagnol, Santiago Ramon Y Cajal. Dans la communication présente, l'auteur décrit de façon complète l'évolution de ses travaux scientifiques, et rappelle son œuvre dans le domaine de l'histologie nerveuse, indiquant les diverses polémiques ou discussions soulevées par la théorie du neurone ou diverses autres conceptions. Il s'agit là d'une utile introduction à l'étude des publications et des ouvrages de Cajal.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude des lésions anatomiques du système nerveux central au cours des toxicoses du nourrisson, par P. PAGÈS, J. CHAPTAL, R. JEAN et R. LOUBATIÈRES. (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 mars 1953).

L'étude anatomo-histologique de douze cerveaux de nourrissons décédés de toxicose montre que les lésions vasculaires et inflammatoires sont inconsistantes. Par contre, des lésions des cellules neuro-ganglionnaires allant jusqu'à leur destruction ont été trouvées dans tous les cas avec des intensités variables. Les lésions cellulaires siègent avec électivité au niveau des formations mésencéphaliques entourant le III^e ventricule, et du locus niger. Il ne semble pas exister de correspondance anatomo-clinique formelle. Cependant, au cours de deux cas de choléra infantile, les lésions nerveuses étaient peu importantes.

Chez deux enfants ayant réalisé une toxicose au cours d'un état septico-

pyohémique, les altérations vasculaires étaient plus marquées que chez les autres. Enfin, chez les parents ayant présenté un syndrome neurotoxique d'apparence isolée, les lésions inflammatoires étaient discrètes, mais les lésions cellulaires intenses.

L. R.

Histopathologie et pathogénie des anévrysmes artériels cérébraux, par A. EART WALKER et G.-E. ALLÈGRE (*Revue neurologique*, 1953, 2^e semestre, n° 6).

De l'étude de la structure histologique de 39 anévrysmes artériels cérébraux, les auteurs concluent que l'existence de lésions athéromateuses à l'implantation de l'anévrysme dans un pourcentage élevé d'anévrysmes sacculaires et fusiformes peut être considérée comme un facteur primordial dans la pathogénie des anévrysmes.

L'opinion sur l'origine congénitale des anévrysmes n'est pas inconciliable avec celle de transformations pariétales dégénératives provoquant la dilatation localisée du vaisseau.

L. R.

L'atrophie cérébelleuse marginale. (L'atrofia cerebellare marginale). par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il cervello*, 29^e année, n° 1, 15 janvier 1953, p. 1-24).

L'auteur rapporte et décrit de façon détaillée un cas d'atrophie sclérosante du cervelet qui, né dans la profondeur du sillon circonférenciel de Vicq-d'Azyr, s'est étendu ensuite à la majeure partie du cortex cérébelleux, respectant seulement le vermis, les flocculi, les amygdales et les noyaux dentelés. Illustrée de 27 figures, cette observation sert d'introduction à une revue générale de la question des atrophies cérébelleuses marginales. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE

Sur la biologie humaine. (Über Human-biologie). par M. TRAMER (de Berne). (*Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin*, 40^e année, n° 46, 15 novembre 1951, p. 955-957).

La médecine contemporaine cherche toujours à envisager l'homme de la façon la plus complète. La conception de l'auteur peut beaucoup faciliter la compréhension intégrale du malade en distinguant les domaines somatique, somatopsychique, psychosomatique et psychique. Des exemples sont rapportés des quatre possibilités suivant la prédominance de chaque domaine. La biologie humaine est la biologie de l'homme dans sa totalité, liée à son unité vitale. Cette conception peut s'appliquer également aux problèmes thérapeutiques. Elle est susceptible d'élargir les points de vue habituels de la pathologie.

V.-J. DURAND.

Cerveaux humains et cerveaux artificiels. Réflexions sur les « machines électroniques qui pensent ». Cerebros humanos e cerebros artificiais Reflexoes sobre as « Maquinas electronicas que pensam », par Enzo Azzi. (*Revista da Universidade Catolica de São-Paulo*, vol. 2, fasc. 4, octobre 1952, p. 137-146).

Rappelant les principes de la cybernétique, les applications faites à l'étude de la physiologie nerveuse et des mécanismes psychiques, les opinions contradictoires émises à ce sujet, l'auteur adopte une position prudente et modérée, affirmant avec Chauchard que la machine n'est rien sans l'homme qui la conçoit, la crée et l'utilise.

V.-J. DURAND.

Les deux marches. La marche automatique du nouveau-né, dominance sous-corticale. La marche automatique définitive et libérée sous contrôle cortical : la marche définitive de l'enfant entraîné quotidiennement, par ANDRÉ-THOMAS et M^{lle} AUTGAERDEN (de Paris). (*La Presse médicale*, 22 avril 1953).

Le nouveau-né n'est pas astasique abasique, il marche surtout avec la partie sous-corticale du névraxe ; tandis qu'il devient nourrisson, il se comporte comme un astasique abasique tant que l'écorce cérébrale n'est pas parvenue à instaurer, puis à perfectionner la démarche définitive au point de dispenser l'enfant de toute assistance ; alors libérée, la marche passe des tâtonnements à la marche automatique sous contrôle cortical.

Entre les deux modes de locomotion, la marche automatique du nouveau-né et la marche définitive et libérée qui devient, elle aussi, automatique avec l'entraînement, des différences existent, sinon dans l'aspect, du moins dans le dispositif central et dans le mécanisme. La première est un automatisme sous-cortical, la deuxième un automatisme cortical qui, au-dessous de la conscience, se développe en utilisant toutes les afférences passées enregistrées simultanément, et successivement, en leur associant les afférences du moment ; travail d'ordre mnémonique qui se retrouve d'ailleurs, mais sous une forme plus fruste, dans les enchaînements de réflexes et de réactions primaires dont est capable le nouveau-né.

Variable, la durée de la marche automatique du nouveau-né se prolonge davantage (de même que celle d'autres réflexes ou automatismes primaires) du fait d'une lésion grave, ou plutôt de lésions diffuses de l'écorce, son développement anatomique et fonctionnel étant alors sérieusement entravé.

L. R.

Quelques mécanismes de localisation tactile révélés par une étude de malades leucotomisés. (Some mechanisms of tactile localization revealed by a study of leucotomized patients), par Alick ELITHORN, Malcolm F. PIERCY et Margaret A. CROSSKEY (de Londres). (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, Londres, vol. 15, n° 4, novembre 1952, p. 272-282).

La localisation tactile digitale a été recherchée avant et après leucotomie chez 22 malades. La fréquence des erreurs grossières est augmentée après l'intervention, mais celle-ci ne paraît pas agir de manière spécifique. On peut

penser à une confusion de la part du malade entre deux modes de références : côté du doigt stimulé et côté de la main stimulée. Ceci est conforme à l'hypothèse que la localisation tactile normale se fait par l'intermédiaire de certaines dimensions d'orientation. On peut rapprocher ces observations des théories d'orientation posturale et d'orientation dans l'espace.

V.-J. DURAND.

Sensibilité gustative à la phénylthiourée dans un groupe d'étudiants. (Sensibilidad gustativa a la feniltiurea en un grupo de estudiantes), par F. GRANDE, V. ALCALDE et A. COLAS (de Saragosse). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 7, n° 21, 1952, p. 29-37)

Les auteurs ont recherché la sensibilité gustative pour la phénylthiourée chez 426 étudiants en médecine. 14,8 % des sujets examinés ne perçurent pas la saveur amère du produit. De même, 2,8 % ne reconnurent pas la saveur amère du sulfate de quinine. La fréquence d'apparition de l'agueusie pour le sulfate de quinine fut nettement plus grande chez les sujets ne percevant pas l'amertume de la phénylthiourée que chez les autres. En note, les auteurs signalent que sur 170 élèves infirmières, de 16 à 25 ans, 34 (20 %) furent insensibles à la phénylthiourée et deux seulement à la quinine. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Propriétés chimiques du Strandin de Folch. Strandin et acide neuraminique (2^e mémoire), par M^{lle} C. CHATAGNON et P. CHATAGNON. (*Bulletin de la Société de chimie biologique*, 1954, 36, n° 2 et 3).

Dans un article précédent, les auteurs ont montré comment ils ont obtenu le strandin d'une façon régulière, d'après la méthode de dialyse de partage en utilisant, soit du tissu cérébral humain, soit du tissu cérébral de bovidé. Ils ont montré que les deux substances ont des propriétés physiques comparables. Ils établissent dans ce mémoire que leurs propriétés chimiques sont également comparables.

Partant du cerveau humain et du cerveau de bovidé et suivant les méthodes indiquées par Folch et ses collaborateurs pour la préparation du « strandin », ils ont en effet obtenu une substance complexe présentant à la fois les propriétés physiques et les propriétés chimiques accordées au « strandin ».

Leurs analyses révèlent en % pour le composé obtenu :

C	60,52
H	9,4
N	2,75
P	0,58 - 0,73
Sucres	18,5 à 24,8
Acide neuraminique	10,2 à 12,8
Hexosamine	4,27 à 5,75
Acides gras	caractérisation.

Les résultats de ces analyses concordent en partie avec ceux de Folch, ils en diffèrent essentiellement dans l'évaluation de l'acide neuraminique. Les auteurs n'ont pas observé de différences notables entre la substance provenant du tissu cérébral humain et celle du tissu cérébral de bovidé.

Les deux préparations se composent à leur avis en majeure partie de gangliosides contaminés par des restes de phosphatides non éliminés et adhérant fortement au complexe.

L. R.

L'acide neuraminique dans le tissu cérébral du rat blanc, par C. CHATAGNON et P. CHATAGNON. (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, Séance du 19 décembre 1953, tome 147, décembre 1953, p. 1992).

Les auteurs ont montré récemment que l'on retrouvait l'acide neuraminique d'une façon régulière et constante dans le tissu cérébral humain et bovin et cet acide aminé se trouve en combinaison sous forme d'un lipide sucré particulier qu'E. Klenk isola le premier et dénomma ganglioside. Leurs recherches ayant abouti à des constatations de taux comparables en acide neuraminique dans le cerveau de l'homme et du bœuf, ils ont cherché à établir le taux de l'acide neuraminique dans le tissu cérébral du rat blanc. Ils montrent que l'acide neuraminique est un constituant constant du tissu cérébral du rat blanc et à des taux comparables à ceux trouvés dans le cerveau de l'homme et du bœuf (autour de 200 γ pour des cerveaux de 1 gr. 35 à 1 gr. 50). Il a été trouvé également dans la mucine des glandes salivaires et les muco-protéines de l'urine.

L. R.

Analyse oxymétrique de l'émotion et des niveaux différentiels de la conscience observés dans l'hypnose, par S. W. LOVETT DOUST. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 3, septembre 1953, p. 205).

Il existe une interdépendance entre l'affectivité et la conscience, que l'on peut constater au cours des examens cliniques des malades mentaux, au cours du sommeil et des rêves des sujets bien portants, au cours de situations provoquées expérimentalement. D'après les recherches antérieures, on a noté comme caractères communs à ces différents états des modifications dans la saturation en oxygène du sang artériel, calculée par l'oxymétrie spectroscopique. L'hypnose est un bon moyen pour produire artificiellement des émotions et des modifications de la conscience. Chez des femmes atteintes de névrose et soumises à l'hypnose, l'auteur a trouvé que l'on peut, par la recherche de la saturation artérielle en oxygène, apprécier la profondeur de l'hypnose et le degré d'inconscience. Au cours des émotions désagréables, il a constaté une anoxémie relative, et au cours des émotions agréables une augmentation de la saturation du sang en oxygène.

L. MARCHAND.

L'éosinopénie comme test d'émotion : Considérations sur les résultats chez les schizophrènes. (L'eosinopenia come test d'emozione; considerazioni sui risultati negli schizofrenici), par G. SACERDOTI et O. CALABRESE (de Venise). (*L'Ospedale psichiatrico*, 20^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1952, p. 217-230).

Chez une vingtaine de sujets soumis aux préparatifs de l'électro-choc et après injection d'adrénaline, les auteurs ont recherché les chiffres des éosinophiles sanguins. Ils trouvent que l'éosinopénie par peur est significative.

Discutant l'importance de cette constatation chez les schizophrènes, ils envisagent l'application thérapeutique possible de cette variété de secousse émotionnelle. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Métabolisme basal et métabolisme d'effort dans les névroses et les psychonévroses. (Metabolismo basale e metabolismo da sforzo nelle neurosi e psiconeurosi), par Mario MEUCCI (de Milan). (*Il cervello*, 29^e année, n° 2, 15 mars 1953, p. 81-96).

Sur 132 névrotiques et psychonévrotiques, le métabolisme basal s'est montré sensiblement normal dans 93 cas, le métabolisme d'effort treize fois seulement. Il y a concordance dans les formes psychonévrotiques, où domine l'anxiété ; il y a contraste dans les formes neurasthéniques et hystériques. Il ne faut pas interpréter l'épreuve d'effort comme liée uniquement à la physio-pathologie du corps thyroïde, mais faire intervenir des facteurs neuro-endocriniens complexes. A côté du métabolisme basal classique, le test de l'effort peut se montrer une utile épreuve. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Rythme cosmique et névrose collective (Kosmischer Rhythmus und kollektive Neurose), par Walther BIRKMAYER (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 2, n° 4, décembre 1952, p. 213-216).

En plus du rythme nyctéméral, les rythmes lunaires et solaires peuvent intervenir sur le déroulement des fonctions vitales. Des oscillations entre prédominances sympathique et para-sympathique ont été observées dans la vie de l'individu. Fait intéressant, on peut les retrouver dans l'évolution des sociétés et des civilisations. On oppose le tonus para-sympathique de l'ère baroque à la sympathicotomie contemporaine. Il faut aussi tenir compte des types constitutionnels individuels : le parasymphaticotonique étant introverti, le sympathicotomie extraverti.

V.-J. DURAND.

Contribution expérimentale à l'étude du « Stress », par Jacques FAURE et René PAUTRIZEL. (*Bull. de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 10 avril 1953).

220 sujets, sans tare organique, subissant une stimulation lumineuse intermittente, se répartirent en peu réactifs (47 %) et réactifs (53 %). Chez le lapin, immobilité spontanée, fuite, mode intermédiaire apparurent. L'impédance cutanée s'éleva pour certaines fréquences, s'abaissa lors de décharges affectives. L'électro-encéphalogramme, entraîné par les fréquences basses et élevées, montra les subharmoniques 2 et 3 lors de réactions psycho-affectives. A l'état de subnarcose, des fréquences électives libérèrent des états identiques, d'où la thérapeutique par subnarcose stimulée. La chute moyenne des éosinophiles ne fut valable qu'à la deuxième heure pour le groupe 1, le groupe 2 montra des chutes importantes chaque fois. La réponse lymphocytaire différait de l'éosinopénie parallèle à l'émotion. Chez le lapin, la réponse lymphocytaire se superposait au type de comportement. On dégage

des facteurs mésencéphalo-hypothalamique, végétatif, tissulaire, des libérations d'adrénaline et une diversité des processus d'autodéfense variables suivant le moment biologique de l'individu.

L. R.

Les réponses photiques irradiées par recrutement au cours de la stimulation lumineuse intermittente. Leur signification, par Henri GASTAUT et Robert GALLAVARDIN (de Marseille). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 1, fasc. 4, septembre 1952, p. 447-461).

Les auteurs décrivent les modifications observées dans le tracé électro-encéphalographique, les réponses somatiques (secousses palpébrales) et les réactions subjectives, déterminées par certaines modalités de stimulation lumineuse intermittente. Les yeux doivent être fermés, le malade aussi calme et relâché que possible, les électrodes fronto-polaires placées très en avant, le déroulement du papier rapide, les stimulations lumineuses autour de 15 éclats par seconde, et surtout maintenues assez longtemps. Il faut parfois attendre trente secondes, une minute ou plus, pour que le recrutement apparaisse. Les auteurs rapportent les résultats sur de nombreux sujets : psychopathes, névropathes, malades atteints d'affections neurologiques, individus sains. La réponse photique irradiée par recrutement est en grande partie, sinon exclusivement, d'origine musculaire, traduisant la contraction des muscles palpébraux tandis que la réponse photique irradiée hypersynchrone est exclusivement corticale, traduisant la décharge des neurones de la région centrale.

V.-J. DURAND.

Variations de l'anomalie électro-encéphalographique du lobe temporal pendant les fonctions psychiques, par M. OSTOW (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 1, juillet 1953, p. 55).

L'auteur s'est proposé de décrire un simple exemple de la corrélation qui existe entre les fonctions psychiques et les modifications de l'activité électro-encéphalographique du lobe temporal. Il rapporte trois tracés, l'un pris pendant que le sujet se remémore un souvenir agréable, l'autre pendant que le sujet s'efforce de supprimer une idée obsédante, le troisième pendant que le sujet dit : « Mon cerveau est vide. » Il résume les modifications de la fréquence des ondes et du micro-voltage en rapport avec ces différents états psychiques.

L. MARCHAND.

Sur un nouveau paralysant du sympathique, par Raymond HAMET. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 20 avril 1953).

Par une méthode nouvelle d'évaluation quantitative du pouvoir sympatholytique, l'auteur a pu démontrer que ce pouvoir est d'égale intensité, d'une part, chez la berbérine, alcaloïde obtenu par synthèse ; d'autre part, chez la corynanthine, alcaloïde naturel qui est un isomère de l'yohimbine que l'on préfère à cette dernière parce qu'il est toujours obtenu à l'état pur, alors que l'yohimbine n'est qu'un mélange en proportions variables de divers isomères dont l'activité ne varie pas moins que la toxicité.

L. R.

Etude expérimentale de la toxicité neurologique de l'isoniazide. Moyens de prévention, par J. CAHN et M^{lle} M. BOUCHER. (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 17 décembre 1952).

Les auteurs ont étudié les D.L. 50 de l'hydrazide de l'acide isonicotinique, par différentes voies d'introduction, doses comprises entre 400 et 450 mg./kg. chez le rat blanc, excepté par la voie buccale, où la D.L. est supérieure à 1.500 mg./kg.

Ils ont, d'autre part, essayé une protection contre la toxicité neurologique de l'isoniazide par divers produits appartenant, soit au groupe des hypnotiques, soit au groupe des antihistaminiques. Ces derniers ont peu ou pas élevé la D.L. 50. Parmi les premiers, on peut noter l'effet appréciable du nembutal, celui du méthyl-pentynol, et surtout celui de l'iso-éthyl-amyl-malonurée (eunocetol) qui, à la dose de 20 mg./kg., élève la D.L. 50 de l'isoniazide à 825 mg./kg. et, à la dose de 40 mg./kg., l'élève à 1.050 mg./kg.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Etudes des fonctions du cortex surrénalien dans la schizophrénie, par R. DICKES, G. H. FLAMM, W. BOWMAN, E. E. E. HOLLANDER et H. W. POTTER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 2, août 1953, p. 124).

Les recherches ont porté sur onze schizophrènes âgées de moins de 40 ans, présentant un bon état général. Des injections intramusculaires de sérum physiologique et des injections de 25 mgr. d'A.C.T.H. furent faites successivement un jour sur deux. Les deux sortes de solutions étaient préparées de façon qu'elles fussent absolument semblables. La numération des éosinophiles et des lymphocytes a été faite au début des injections, puis toutes les heures jusqu'à la quatrième heure. Le nombre des éosinophiles et des lymphocytes a varié considérablement, que l'on considère le même sujet ou les différents sujets. Chez le plus grand nombre, on note une diminution du nombre des éosinophiles trois heures après l'injection d'A.C.T.H. et une augmentation des éosinophiles après l'injection de sérum. Les recherches sur l'élimination des 17-cétostéroïdes et des corticostéroïdes après l'injection d'A.C.T.H. ont été faites chez onze sujets atteints de schizophrénie aiguë. Elles n'aboutirent qu'à déceler des réponses variées suivant les sujets. Les auteurs n'ont pas été surpris de tels résultats, car ils reconnaissent que, sous le terme de schizophrénie, on classe des affections différentes.

L. MARCHAND.

Initiation à l'électroencéphalographie. Electroencéphalographie d'un cas de maladie d'Addison, par H. BRICAIRE, R. MISÈS, C. DREYFUS-BRISAC et H. FISCHGOLD (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 mai 1953).

L'étude électro-encéphalographique de l'évolution d'une maladie d'Addison montre : 1° des anomalies électriques d'une grande similitude avec les tracés d'épilepsie alors que le sujet est indemne de tout élément comitial ; 2° l'absence de relation directe entre les perturbations humorales d'exploration usuelle et les signes électriques ; 3° l'amélioration de l'électro-encé-

phalogramme sous l'influence du traitement par la cortisone ; 4° l'altération la plus grande du tracé à la phase d'épuisement d'un implant de désoxycorticostérone. Cela, sous cette réserve que les tracés y sont souvent normaux ou seulement un peu lents.

L. R.

Syndrome de Cushing post-ourlien, par H. CHEVAT, J.-L. MERLEN et R. SAUVAGET. *Bul. de la Société de médecine militaire française*, séance du 12 mars 1953).

Syndrome cliniquement typique objectivé par une augmentation importante (0,80) des 11-oxycorticostéroïdes urinaires. Il s'accompagne d'un syndrome infundibulo-végétatif (irritabilité, subanxiété, tendance à la somnolence, hypersudation des extrémités, dérèglement thermique) sur lequel les auteurs s'appuient pour invoquer une atteinte diencéphalohypophysaire dont un processus méningé ourlien aurait été, selon la théorie de Selye, le *primum movens*. Pas plus que le traitement anti-infectieux, la radiothérapie hypophysaire n'a donné de résultat thérapeutique.

L. R.

Syndrome cushingoïde post-climatérique avec imposante symptomatologie psychique. (Sindrome cushingoïde post-climaterica con imponente sintomatologia psichica), par AMELIA MADERNA et EVARDO CODELUPI (de Milan). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 1107-1118).

Les auteurs rapportent un cas de syndrome post-climatérique de Cushing chez une femme de 45 ans avec troubles psychiques marqués, à type d'état mixte maniaco-dépressif. Il est encore difficile de préciser actuellement le mécanisme des rapports entre troubles psychiques et maladie de Cushing. Huit microphotographies. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Médecine psychosomatique et santé publique. (Medicina psicossomatica e Saude Publica), par GILBERTO DE MACEDO. (1 extrait de 20 pages). (*Arquivos da Sociedade de medicina de Alagoas*, vol. 9, fasc. 1-4, janvier-décembre 1951).

L'auteur affirme la nécessité d'utiliser le critère psychosomatique dans les programmes de la santé publique, puisque maladie et santé ne sont que des stades psychosomatiques. Les moyens pour la préservation de la santé et le bien-être individuel doivent être également psychosomatiques. En réalité, il n'y a pas une hygiène corporelle opposée à une hygiène mentale. L'hygiène est une et psychosomatique. C'est ainsi que doivent la considérer les services de la santé publique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Education libérale ou éducation répressive, par G. RICHARD (de Neuchâtel). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue Suisse d'hygiène*, 33^e année, n° 2, février 1953, p. 70-82).

Etudiant les causes et les conséquences favorables ou non des modalités opposées d'éducation (libérale et répressive), l'auteur indique l'idéal à atteindre. Ce serait une association nuancée d'éléments libéraux et répressifs, en proportion variable suivant l'âge et suivant les caractéristiques psychologiques de l'enfant. La tâche est souvent difficile à mener à bien.

V.-J. DURAND.

Vœu relatif à la prophylaxie de l'alcoolisme dans l'armée, par P. HOMBOURGER. (*Bull. de la Société de médecine militaire française*, séance du 12 mars 1953).

M. P. Hombourger propose au vote de l'assemblée un texte à adresser au ministre pour attirer une nouvelle fois son attention sur les conséquences de l'alcoolisme. Il donne connaissance des mesures de prophylaxie déjà prises par le commandement de la 1^{re} région militaire. Le texte du *vœu* est adopté à l'unanimité.

L. R.

Premiers essais de prophylaxie de la poliomyélite par virus vivant fixé au lapin. Innocuité de la méthode, par G. BLANC et L.-A. MARTIN. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 21 avril 1953).

Le virus de la poliomyélite fixé au lapin est d'une innocuité totale pour l'homme (adulte et enfant) et le virus ingéré se retrouve dans les selles plus de cent jours après l'absorption. Les auteurs ont fait un essai de prophylaxie dans deux quartiers de Casablanca où des cas de poliomyélite avaient été observés : du 23 février au 31 mars 1953, 5.699 enfants ont absorbé par voie buccale le virus lapin, sans qu'il y ait eu d'incident à signaler.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'épilepsie par la primidone (5-phényl-5-éthyl hexahydro-pyrimidine 4-6-dione), par J. DELAY, G. TEULIÉ, R. MARTY, M. GUIBERT et J. PERSE. (*Bulletin de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie de Paris*, séance du 17 mars 1954).

Etude clinique, électro-encéphalographique, psychologique et hématologique de 50 comitiaux traités par la primidone. A la dose de 0,75 à 1 gr. 75 par jour, le produit agit efficacement sur les manifestations motrices de la comitialité (au moins autant que les barbituriques et les hydantoïnes). Dans quelques cas, des manifestations caractérielles rebelles aux traitements antérieurs ont été améliorées. Au point de vue électro-encéphalographique, on note dans l'ensemble une stabilisation des tracés lorsque les résultats cliniques sont équivalents à ceux des traitements antérieurs, et une amélioration

ration des tracés très altérés. Sous l'angle psychométrique, le processus de détérioration paraît moins important, au bout de trois mois de traitement, que celui d'un groupe témoin. Enfin, la tolérance sanguine est bonne.

L. R.

Bénéfices et accidents de la méthyl-phényl-éthyl-hydantoïne dans le traitement de l'épilepsie, par J. NEHIL (de Paris). (*La Presse médicale*, 19 mai 1954).

La méthyl-phényl-éthyl-hydantoïne (M.P.E.H.) a déjà fait l'objet de différentes publications, en particulier anglo-saxonnes. Les auteurs, qui, depuis quatre à cinq ans, ont suivi un certain nombre de malades, revus périodiquement, insistent sur les possibilités très réelles de ce produit, mais aussi sur ses risques redoutables, et exposent les possibilités, les précautions à prendre, les dangers éventuels de ce médicament, sa place à côté des autres traitements de l'épilepsie.

L'indication de choix de la méthyl-phényl-éthyl-hydantoïne est l'épilepsie temporale. La dose utile varie selon les cas de trois à cinq comprimés par jour. On ajoute habituellement 5 à 10 cg. d'un barbiturique le soir. Une surveillance clinique et hématologique stricte est nécessaire, afin d'éviter la possibilité d'accidents toxiques graves.

L. R.

L'isoni-otinyldiazide dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant, par R. DEBRÉ, H.-E. BRISSAUD, H. NOUFFLARD et M. NAVEAU. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 octobre 1952).

Les auteurs ont traité systématiquement depuis mai 1952 tous les enfants atteints de méningite tuberculeuse qu'ils ont reçus par l'isoniazide associée à la streptomycine et au P.A.S., les trois médicaments étant administrés à la fois localement et par voie générale. Malgré la brièveté du recul, ils pensent pouvoir déjà affirmer une amélioration très remarquable des résultats : succès dans les méningites à bacilles résistant à la streptomycine ; succès dans des cas diagnostiqués tardivement avec gros troubles de la conscience et électro-encéphalogramme altéré ; diminution notable de la mortalité dans les trois premiers mois qui jusqu'ici a toujours représenté les 2/3 de la mortalité globale. Les auteurs aboutissent aux deux règles suivantes : n'employer l'isoniazide qu'en l'associant avec les autres antituberculeux ; utiliser la voie d'introduction locale.

L. R.

Le traitement des méningites tuberculeuses par l'isoniazide. Ses modalités d'application (à propos du procès-verbal), par A. RAVINA, M. PESTEL et E. LE JOUBIOUX. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 31 octobre 1952).

Deux observations de méningite tuberculeuse traitée avec succès par l'isoniazide seule. Les auteurs rappellent les incertitudes actuelles concernant la ligne de conduite à tenir dans la thérapeutique de cette affection

par les antibiotiques nouveaux. La technique qu'ils ont appliquée dans ces cas diffère par certains points de celle qui fut précédemment préconisée. Ils en donnent le détail et versent leurs observations au dossier de cette importante question.

L. R.

Purpura cérébral au cours d'un traitement à l'isoniazide, par F. PIÉCHAUD, R. TESSIER, J. NAPPÉE et P. LABROUSSE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 7 octobre 1952).

Apparition d'un purpura cutané localisé aux malléoles, chez un malade traité à l'isoniazide, depuis une quinzaine de jours. Des phénomènes d'obnubilation complètent le tableau et sont mis sur le compte des anti-histaminiques que l'on donne au patient après avoir suspendu l'isoniazide dès le début des accidents. Cinq jours plus tard, le malade meurt d'un ictus avec ébauche d'hémiplégie.

L'ouverture de la boîte crânienne montre de l'œdème et du purpura cérébraux. Le myélogramme révèle une légère éosinophilie, tandis que la numération globulaire, la formule sanguine, la numération des plaquettes, les temps de saignement et de coagulation sont normaux.

En l'absence de toute poussée évolutive bacillaire et de tout syndrome infectieux, le purpura est mis sur le compte de l'isoniazide qui, malgré son aspect inoffensif, peut être redoutable et doit être manié avec prudence. La prophylaxie de ces faits devra consister en l'observation attentive des moindres signes d'intolérance, en l'étude de la fragilité vasculaire et la recherche du taux de prothrombine que l'on trouve nettement abaissé après quelques mois de traitement.

L. R.

Les di-hydro-alcaloïdes du groupe de l'ergotoxine en hibernation neuro-chirurgicale, par L. CAMPAN (de Toulouse). (*La Presse médicale* 19 mai 1954).

Les di-hydro-alcaloïdes du groupe de l'ergotoxine ont un pouvoir neurolytique comparable à celui de la chlorpromazine sans lui être entièrement superposable : ils possèdent une action hypothermisante et hypotensive cérébrale égales, une action hypnogène moindre et une action antitachycardique supérieure.

Pas plus que la chlorpromazine, ils ne sont pourtant des végétativolytiques complets. Leur emploi en hibernation ne peut s'envisager, sauf exception, qu'au sein d'associations médicamenteuses.

L. R.

Remarques à propos d'une statistique personnelle sur les avantages, les limites et les accidents de l'hibernothérapie à la chlorpromazine, par R. PAULY. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 19 janvier 1954).

D'après une statistique personnelle portant sur 23 malades uniformément traités par des doses quotidiennes de 150 mgr. en moyenne de largactyl injec-

table, en cures de 20 à 30 jours, l'auteur s'efforce à un bilan objectif des avantages et des inconvénients de cette formule d'hibernothérapie. Tout en reconnaissant l'extrême intérêt du produit qui apaise, parfois remarquablement, l'anxiété et l'énervement, il estime que son action est insuffisante dans les psychoses mélancoliques, les schizophrénies, les psychonévroses de situation, et les cénesthopathies, où d'autres procédés thérapeutiques doivent intervenir. Il relève les incidents bénins observés fréquemment en cours de traitement, insiste sur les inconvénients de l'hypotension artérielle orthostatique et signale un cas de mort subite attribuée à un infarctus du myocarde. Il en déduit la nécessité, pour le praticien, d'observer une prudente réserve dans l'administration et la posologie de la chlorpromazine.

L. R.

Trois cas de tétanos gravissimes traités par hibernation artificielle. Trois échecs, par E. ACBERTIN, J.-J. DUBARRY, Ch. DULONG DE ROSNAY, P. LABADIE et G. CABANIEU. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 21 octobre 1952).

Les auteurs ont traité sans succès par hibernation artificielle trois tétanos qui, en quelques jours ou quelques heures, s'étaient considérablement aggravés et chez lesquels la température avait dépassé 40°.

Ils ne croient pas pouvoir imputer ces décès à une erreur de thérapeutique. Quelles que soient les modalités du traitement, les trois malades sont morts de façon identique après un sursis de un à cinq jours : bronchoplégie, tachycardie, polypnée, persistance ou retour des crises, enfin syncope cardiaque ou respiratoire.

Il est possible que ces échecs soient dus à la progression insidieuse de l'intoxication des centres végétatifs par la toxine tétanique. En tout cas, la note pessimiste doit être tempérée par la guérison d'un cas analogue rapporté récemment par Janbon et Coll. L'expérience mérite donc d'être poursuivie.

L. R.

Tétanos traité sous anesthésie potentialisée. Hypertonie plasmatique responsable du symptôme tardif, par F. BÉNAZET, A. DELRIEU, A. CAMELIN et R. SOHIER. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 janvier 1953).

Observation d'un malade de 60 ans, présentant un tétanos traité au deuxième jour, et chez lequel l'anesthésie potentialisée a permis la cessation des crises de contractures et le sommeil. Apparition, au huitième jour, d'un symptôme nettement différent avec agitation psychomotrice et hyperthermie, que les auteurs pensent pouvoir rattacher à l'hypertonie plasmatique, et qui a en effet cédé à l'hydratation intra-artérielle. Il est possible qu'une telle constatation puisse orienter les recherches vers les modifications de l'équilibre électrolytique au cours du syndrome tardif qui résulte sans doute, pour une part importante, de la dystonie plasmatique elle-même.

L. R.

Hibernothérapie et grands dérèglements neurovégétatifs non chirurgicaux. Réflexions sur 17 cas de tétanos traités par l'hibernation, par Yves CHESIN (de Genève). (*Revue neurologique*, 1953, 2^{me} semestre, n° 6).

Après un rappel pharmacodynamique, l'auteur apporte les conclusions suivantes de l'étude de 17 cas de tétanos traités par l'hibernation. L'hibernothérapie vise essentiellement à supprimer ou à réduire les réactions neurovégétatives par des moyens pharmacologiques, elle potentialise l'anesthésie, elle diminue le métabolisme basal, elle ne comporte pas nécessairement un abaissement notable de la température interne. Ce traitement s'est montré efficace vis-à-vis de l'hyperthermie, de la contracture permanente, des paroxysmes, de la douleur, de l'angoisse et de l'insomnie dans le tétanos grave. La mortalité, à la suite de ce traitement, n'a pas été supérieure à celle des cas de gravité égale ou moindre traités dans les hôpitaux par les méthodes habituelles. Réserve faite qu'une statistique ne portant que sur 17 cas ne saurait permettre des conclusions définitives.

Aussi l'auteur conclut-il à l'application de l'hibernothérapie après échec de la thérapeutique classique comprenant les curarisants de synthèse, cette condition ayant pour but de préciser davantage la valeur de la méthode. Les premiers résultats incitent à la plus grande prudence en ce qui concerne le refroidissement du malade à une température inférieure à la normale.

L. R.

Paraplégie, manifestation initiale d'un plasmocytome reconnu par ponction de l'apophyse épineuse. Guérison neurologique par radiothérapie, par F. LAYANI, A. ASCHKENASY, et R. NADAL. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 14 novembre 1952).

Observation dans laquelle un syndrome de compression médullaire a été le premier signe et la seule manifestation clinique d'une maladie de Kahler, syndrome qui a cédé d'une façon remarquable et surprenante à la radiothérapie vertébrale. La localisation paucivertébrale de l'affection et l'aspect radiologique ont pu suggérer le diagnostic de tumeur à myéloplaxes. La ponction faite *in situ* au niveau de l'apophyse épineuse suspecte a conduit les auteurs à d'autres investigations ; notamment ponction sternale et électrophorèse, qui ont permis de confirmer l'existence d'un myélome, ce diagnostic s'imposant au début d'autant moins que la vitesse de sédimentation et que le premier dosage chimique des protides sériques n'avaient pas montré de perturbations très prononcées.

L. R.

Les ultra-sons dans le traitement des algies d'origine vertébrale, par J. LEBASCLE (de Casablanca). (*Maroc médical*, mars 1954).

De cette étude, basée sur une vingtaine d'observations d'algies vertébrales (cervicales, dorsales, lombaires), l'auteur conclut que l'action antalgique des ultra-sons, égale et lui est même parfois supérieure celle de la radiothérapie ou des injections locales d'anesthésiques. Par ces trois mécanismes, que sont la chaleur, la pression des radiations et l'action des micro-vibrations sur les terminaisons nerveuses, les ultra-sons, qui ont de plus l'avantage de ne pas modifier la structure des tissus sur lesquels on les applique,

produisent : des effets analgésiques sur les tissus nerveux, des effets vasodilatateurs, des effets anti-inflammatoires par activation de la fonction cellulaire, des effets sclérolytiques, des effets sur le système neuro-végétatif avec déclenchement de réactions à distance.

R. C.

Physiopathologie des tractions vertébrales, par St. DE SÈZE et J. LEVERNIEUX. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 31 octobre 1952).

Résultats de recherches sur l'effet des tractions mécaniques sur le disque intervertébral et sur le trou de conjugaison à l'état normal et à l'état pathologique. Ces recherches ont été poursuivies parallèlement sur le plan radio-clinique et sur le plan expérimental. Elles montrent que la traction, en même temps, qu'elle agrandit l'espace intervertébral, a pour effet de tendre le ligament vertébral postérieur, et redresser la courbure des lamelles de l'anneau fibreux, et de provoquer une aspiration de la gelée nucléaire vers le centre du disque. L'effet de cette aspiration persiste partiellement lors de la détente. Le trou de conjugaison est agrandi dans toutes ses dimensions. Statistiques des résultats cliniques obtenus sur 3.085 cas traités.

L. R.

Les syndromes parkinsoniens et les possibilités thérapeutiques actuelles. (Le sindromi parkinsoniane e le odierne possibilita terapeutiche), par G. B. CACCIAPUOTI (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico*, 20^e année, fasc. 1, janvier-mars, 1952, p. 1-20).

Après un rapide historique de la maladie de Parkinson et des syndromes voisins et un rappel de certains de ses travaux personnels, l'auteur envisage quelques problèmes étiologiques, anatomiques et physio-pathologiques. Malgré de récentes découvertes, la thérapeutique demeure encore souvent décevante. Un des meilleurs remèdes semble le salicylate de soude à 10 % par voie intraveineuse à la dose de 10 à 20 cc., d'abord tous les jours, puis tous les trois jours, jusqu'à l'obtention d'une équilibration des réactions organiques et d'une correction de l'alcalose habituelle. Dix figures.

V.-J. DURAND.

Vieilles et nouvelles méthodes thérapeutiques dans le parkinsonisme par encéphalite léthargique. (Vecchi e nuovi metodi terapeutici nel parkinsonismo da encefalite letargica), par Gabriele TRIPI (d'Agrigente). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 5, septembre-octobre 1952, p. 1055-1065).

L'auteur rapporte les résultats obtenus pendant quinze ans sur 215 malades, soit avec des préparations de racine de belladone italienne, soit avec des trophées synthétiques (parpanit, antipar, artane). La médication de base est constituée par la racine de belladone. Les résultats obtenus peuvent être améliorés par l'association d'artane. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Activité du chlorhydrate de cyclo-hexyl-1-phényl-pyrrolidino-3-propanol-1 sur les symptômes de la maladie de Parkinson (comparaison avec les autres thérapeutiques), par J. SIGWALD (de Paris). (*La Presse médicale*, 31 janvier 1953).

Depuis plus d'un an, un nouveau produit de synthèse d'activité anti-parkinsonienne, isolé en 1951 par D. W. Adamson, P. A. Barreh et S. Vilkinson, a été utilisé en Angleterre.

Le chlorhydrate de cyclo-hexyl-phényl-pyrrolidino-3-propanol-1 est une drogue à activité symptomatique antiparkinsonienne. Appliqué chez dix-neuf malades, ce produit a donné deux très bons résultats, quatre bons, cinq moyens, cinq légers et trois nuls.

L. R.

De la syphilis nerveuse : la période de latence et ses indications thérapeutiques, par M. RISER, M^{lle} LAVITRY, GLEIZE, RASCOL, RIBAUT et A. RISER (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 27 avril 1954).

Les auteurs estiment que la conception de Ravaut n'est pas périmée ; il existe bien, chez les malades traités et non traités, une période de latence clinique entre la phase d'envahissement et l'apparition des premiers signes neurologiques cliniques, voire même humoraux, et cela dans une proportion élevée de cas. Il n'est pas démontré que la pénicilline, si active sur les lésions jeunes, supprime la période de latence et tous les accidents tardifs graves ; il est indispensable, huit à dix ans après la contamination, de faire un examen minutieux de l'aorte, de la pupille et de l'iris, du labyrinthe, du système nerveux et du liquide céphalo-rachidien. Les auteurs restent partisans d'un traitement d'attaque prolongé préventif au maximum d'une syphilis nerveuse ultérieure : cure de pénicilline, puis cures répétées de bismuth pendant trois ans, quelle que soit la sérologie.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'*août* ni pendant le mois de *septembre*.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r G. MÉDAROVITCH, ancien chef de laboratoire à l'asile clinique (Ste-Anne), Chevalier de la Légion d'honneur au titre de la guerre 1914-1918, décédé accidentellement en Yougoslavie où il était retourné depuis 1938.

Nominations

M. le D^r Germain BARON est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoît (Cher) ;

M. le D^r Pinchas BORENSTEIN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. le D^r Paul HIVERT est nommé médecin-assistant à la maison de santé de Neuilly-sur-Marne.

Inauguration à Bâle d'une Clinique psychiatrique pour vieillards

Une *Clinique psychiatrique bâloise pour vieillards*, « Holdenweid », vient d'être inaugurée à Hölstein. Cet établissement deviendra une annexe de la Clinique psychiatrique « Friedmatt ».

JOURNAUX ET REVUES

Le cent-cinquantenaire de la fondation de la librairie Masson

A l'occasion de son cent-cinquantenaire, la librairie Masson vient d'éditer sur vergé d'Arches une luxueuse plaquette de 54 pages (26×20), avec 8 planches hors-texte, consacrée à l'histoire de la vie et de l'œuvre de cette importante maison d'édition de 1804 à 1954.

Ainsi brièvement retracée dans son cadre historique et intellectuel, l'œuvre réalisée au cours d'un siècle et demi de continuité dans les efforts, apparaît considérable. Cela, depuis la fondation, par Nicolas Crochard, en 1804, de la « Librairie médicale et scientifique », mais surtout depuis l'impulsion due à l'association, en 1838, à Nicolas Crochard, de Victor Masson (1807-1879) et les initiatives de ses descendants, Georges Masson (1839-1900), Pierre Masson (1865-1928) à qui, depuis sa mort, a succédé la Société actuelle, constituée entre son fils Georges et MM. Robert Talamon et Henri Casalis.

Sous des régimes politiques différents, en dépit des événements, révolutions ou guerres, la librairie Masson n'a cessé de grandir, poursuivant, particulièrement dans les sciences naturelles et médicales, une action scientifique qui a suivi et aidé une évolution bouleversant les notions antérieurement acquises. Les services ainsi rendus à l'enseignement, aux progrès de la science française, à sa diffusion hors de nos frontières, sont inappréciables. La longue liste des ouvrages édités pendant cette période en est un impressionnant témoignage. Il serait superflu de rappeler ici les titres de ceux concernant la médecine, la neurologie, la psychiatrie.

Depuis que, réalisant une idée de Pinel, Baillarger, Cerise et Longet ont, en 1843, fondé les *Annales médico-psychologiques*, notre revue psychiatrique a trouvé à la librairie Masson les moyens d'une expansion que souligne encore chaque année l'augmentation du nombre des abonnés.

La présentation de cette très belle et très intéressante plaquette est un remarquable témoignage des possibilités et des réalisations de cette importante maison française d'édition. Son texte, en même temps que de l'histoire de la librairie Masson, de ses luttes et de ses succès, est une vivante évocation de l'histoire de la médecine et des sciences au cours d'une période mouvementée de notre histoire nationale.

Une nouvelle revue de psychodiagnostic et d'étude de la personnalité

Revue de psychologie diagnostique et d'étude de la personnalité. — Le premier numéro de cette revue (Hans Huber, édit., Berne et Stuttgart), qui succède à « Rorschachiana », et étend son programme au domaine entier des méthodes psychodiagnostiques, contient le texte d'une conférence du *professeur Heiss* au « Congrès des psychiatres et neurologues allemands » à Munich, conférence intitulée « Diagnostic de la personnalité et théorie de la personnalité » ; une relation des « Expériences avec le test Z des diapositifs », de *Fritz Salomon* (procédé du Dr Zulliger pour l'analyse psychologique des groupes) ; de *M. Hans J. Bochnik*, sous le titre « Tests unter Alkoholbelastung », un travail où l'auteur tient particulièrement compte du « Test de dessin de War-tegg », ainsi que, du même auteur, une étude sur ce test de dessin et le diagnostic psychiatrique ; de *M. H. Zulliger* un article « Angst in der Spiegelung des Tafeln-Z-Testes », exposant les tests qui permettent de révéler la peur ;

un travail sur le diagnostic d'une névrose de situation par l'emploi des tests psychologiques par *M. K. F. Thurner*.

Des comptes rendus et des communications complètent ce premier numéro d'une revue qui s'adresse à tous ceux qui veulent connaître les méthodes modernes de psychodiagnostic.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'alcool et les accidents de la route en Grande-Bretagne

Les conducteurs ivres sont condamnés d'une façon expéditive, aussi bien par l'opinion publique que par la loi, en Grande-Bretagne, où l'on est convaincu que l'alcool pris, même en petite quantité, peut fausser le jugement. Mais la police n'incrimine l'alcool dans les accidents que si l'on trouve dans les humeurs du conducteur une quantité suffisante d'alcool. Il est d'ailleurs difficile de dire à partir de quel taux d'alcool dans le sang l'auteur d'un accident de la route peut être incriminé comme ayant agi sous l'impulsion de l'alcool.

En 1952, 1.278 personnes en Grande-Bretagne furent les victimes d'accidents causés par l'absorption d'alcool. Cela fait 0,61 % du total des accidents de la route. En 1951, 1.704 personnes, soit 0,79 % du total. En 1949, 1.269 personnes, soit 0,72 % du total. Ces chiffres peuvent surprendre par leur peu d'importance, étant donné le nombre de voyageurs, de gens qui sortent de réunions, de dîners que l'on peut rencontrer le soir, soit en auto, soit à bicyclette, soit même à pied, car le piéton est très dangereux.

En 1951, les chiffres ci-dessus représentaient 0,62 % du total sur les routes anglaises, 0,85 % sur les routes galloises, et 1,98 % sur les routes d'Ecosse. Sur les 1.704 personnes accidentées, 636, soit 37 %, concernaient des piétons et dans 78 % des cas, le piéton était en faute. Sur les 233 accidents concernant des cyclistes, 180 étaient de la faute des cyclistes.

Le plus mauvais jour pour ces accidents est, naturellement, le samedi, de 22 heures au dimanche à une heure du matin. Mais la fermeture des cafés dans le Pays de Galles et en Ecosse diminue le nombre d'accidents le dimanche par comparaison avec l'Angleterre. La nuit du samedi au dimanche est pour le médecin anglais une nuit terrible, car il est souvent appelé au bureau de police pour examiner un accidenté ou l'auteur d'un accident de la route.

En 1951, la British Medical Association a été amenée à réviser les directives données aux médecins pour les accidents de la route dus à l'alcoolisme. La présence d'alcool dans les urines est un indice, mais la loi n'a pas indiqué à partir de quel taux l'individu doit être jugé comme étant imprégné d'alcool. On admet cependant, en Grande-Bretagne, que la présence dans le sang de 0,15 % indique une imprégnation incompatible avec la conduite d'une automobile. Aux Etats-Unis, en Suède, le taux est le même ; en Norvège, il est abaissé à 0,05 %, et au Danemark à 0,01 %.

(*British Medical Journal*, 18 avril 1954).

L'épidémie de poliomyélite en Suède en 1953

L'épidémie de poliomyélite observée en Suède en 1953 est la plus importante enregistrée dans ce pays. Le maximum des cas a été atteint pendant le mois d'octobre. La région la plus touchée fut celle de la ville de Stockholm.

Rapport du groupe d'experts de l'Organisation mondiale de la santé sur la poliomyélite

Un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé a consacré à la poliomyélite un rapport dans lequel sont consignées les théories actuelles sur la nature essentielle de la maladie et les progrès récemment acquis notamment en matière de diagnostic et de prophylaxie. Les experts y passent en revue successivement l'épidémiologie de la poliomyélite, ses caractéristiques cliniques, les modes de pénétration et de cheminement du virus dans l'organisme, l'immunité à la poliomyélite, les progrès des techniques de laboratoire, la prophylaxie générale. Ils exposent les indications et les résultats prophylactiques des inoculations de gamma-globuline, ainsi que les recherches actuelles, encore au stade expérimental, d'immunisation active, c'est-à-dire de vaccination. (Org. mond. santé : Sér. Rapp. techn., 1954, 81, 68 pages).

MÉDECINE LÉGALE

Pour la défense des victimes des thérapeutiques illusoirs

La presse quotidienne d'information, le 25 janvier 1954, a relaté à ses lecteurs les motifs de l'arrestation d'un faux médecin prétendant utiliser un certain « sérum de radium », faisant verser à ses clients de 40.000 à 50.000 fr. pour l'injection d'une spécialité qu'il payait exactement 480 francs par boîte de six ampoules. Cette arrestation eut lieu sur la plainte d'un gardien de la paix dont la fille, sourde et muette, avait subi — en vain — une trentaine de séances de guérissage.

Il est effarant de constater que ces pratiques sont soutenues et encouragées par la presse hebdomadaire à fort tirage, qui ne laisse passer de semaine sans offrir à ses lecteurs les noms et adresse d'un nouveau thaumaturge doué de tous les pouvoirs pour guérir telle ou telle affection ou même d'un fabricant d'une drogue miraculeuse, véritable panacée universelle capable d'éliminer toutes les maladies sans exception. Le malade est ébranlé, son moral mis à rude épreuve. Les traitements classiques sont dénigrés au profit de thérapeutiques soi-disant plus efficaces.

Contrairement à ce qu'affirme ladite presse, ce ne sont pas les médecins qui abandonnent les malades, mais les malades qui abandonnent les médecins. Or, une thérapeutique illusoire, inoffensive et même bienveillante — ce qui est fort rare — peut cependant, dans beaucoup de cas, être néfaste au malade, en ce sens qu'elle n'enraye pas l'évolution souvent fatale du mal. Cette gratuité éventuelle peut aussi être faite dans des buts publicitaires, pour écouler un faux remède ou attirer une clientèle.

Les médecins sont, hélas ! impuissants à lutter contre ces pratiques dangereuses et les procès intentés par le Conseil de l'Ordre, basés uniquement sur le délit d'exercice illégal de la médecine n'aboutissent en fait qu'à procurer une publicité supplémentaire — et presque gratuite — à tous ces guérisseurs et charlatans.

Aussi un groupe de malades et d'anciens malades a-t-il formé, le 25 août 1953, un Comité de défense des victimes de thérapeutiques illusoirs (siège provisoire : 7, rue Carducci, Paris, 19^e), dont les principaux buts sont les suivants :

1^o dénoncer toute campagne de presse en faveur de thérapeutiques n'ayant pas fait la preuve de leur innocuité et de leur efficacité ;

2^o faire l'éducation des malades à l'aide de conférences, presse, brochures, radio, cinéma, et se tenir à la disposition des journalistes pour les documenter objectivement ;

3° *tout spécialement faire comprendre au consultant qu'on l'abuse, soit en lui attribuant une affection imaginaire pour se vanter de l'avoir supprimée, soit en lui suggérant une préterdue amélioration de son moral, ce dernier diagnostic n'étant valable que s'il est formulé par un savant spécialisé dans la neuro-psychiatrie ;*

4° *ester en justice, se porter partie civile au nom des malades mystifiés, aggravés ou décédés, ayant eu recours à des thérapeutiques illusoires.*

Peuvent adhérer à ce comité, comme membres actifs :

1° les personnes ayant été victimes de thérapeutiques illusoires, soit par la promesse d'un traitement s'étant montré inefficace, soit par l'aggravation de leur état ayant résulté d'une non-observation des thérapeutiques normales, sur les conseils d'un adepte de thérapeutiques illusoires ;

2° les parents ou amis de malades ayant eu à se plaindre de l'action nocive ou inefficace de thérapeutiques illusoires.

Les médecins et pharmaciens resteront écartés de cette activité, et ne seront consultés qu'à titre d'experts. Toutefois, seront admises comme membres honoraires, au titre de l'article 6 des statuts, toutes les personnes désireuses de participer à la lutte contre les thérapeutiques illusoires.

Le Comité a déjà reçu l'appui moral de nombreuses personnalités du monde scientifique et son comité d'honneur et de parrainage groupe notamment les noms de MM. Albert Bessemans, Marcel Boll, Maurice Caullery, Paul Coudere, Louis de Broglie, Jacques Duclaux, Pierre Grasse, Jean Rostand, etc., auxquels se sont joints des écrivains tels que M. André Soubiran et M. Noël Bayon, dont les campagnes incessantes contre les charlatans ont déjà eu un certain retentissement.

Diverses associations ont également donné leur accord, parmi lesquelles : le Comité de défense contre la tuberculose, la Fédération nationale de lutte antituberculeuse, l'Association française des sclérosés en plaques.

Les praticiens auront à cœur d'éclairer leurs malades et de recommander à ceux d'entre eux ayant été aggravés par la pratique de traitements insolites, et de se mettre en rapport avec le comité qui fera valoir leurs droits en justice. Ils seront, en revanche, assurés pleinement de l'appui des malades dans cette œuvre qui ne vise pas à la défense des intérêts d'une corporation, mais doit être, avant tout, une œuvre de salubrité publique.

(D'après E. Boré : *Rev. Prat.* IV, 943-944, 1954).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Nomination des commissions des prix pour 1954

Les commissions d'examen des *prix de neurologie et de psychiatrie* à décerner par l'Académie en 1954 (*Prix Baillarger, Boullard, Civrieux, Day, Dietz, Herpin* (de Genève), *Lorquet, Magnan, Pierre-Marie, Riiti*), sont composées de MM. GUILLAIN, LHERMITTE, PIÉDELIÈVRE, ANDRÉ-THOMAS, ALAJOUANINE.

Adjoints : MM. BAUDOUIN, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Masson et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 86.217. — 1954.

C.O.A.L. 31.2330.